

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 149

L'HYPERTHERMIE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Émile GROMIER

Né le 25 février 1877, à Lyon.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

1904

L'HYPERTHERMIE HYSTÉRIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 149

L'HYPERTHERMIE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Émile GROMIER

Né le 25 février 1877, à Lyon.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1904



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET, DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPPIER. POLLOSSON (Maurice). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophthalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique.	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie.	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne.	
Pathologie externe.	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale.	
Hygiène.	
Thérapeutique.	
Pharmacologie.	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. DOYON,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX. COLLET. BOYER. BARRAL. MOREAU. VALLAS.	MM. SIRAUD. DURAND. PIC. PAVIOT. NOVÉ-JOSSERAND.	MM. BERARD. SAMBUC. BORDIER. COURMONT (P.) CHATIN.	MM. VILLARD. TIXIER. FABRE. REGAUD. CAUSSE, ch...
--	---	---	--

M. CECCALDI, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TEISSIER, Président; LANNOIS, Assesseur;
MM. COLLET et P. COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Au moment de quitter l'Université lyonnaise, au moment où nous nous apprêtons à franchir le seuil d'une nouvelle vie, nous avons un devoir agréable à remplir en remerciant ceux qui ont bien voulu nous guider pendant la longue période de nos études et nous prodiguer leurs encouragements et leurs conseils.

Et tout d'abord nos Parents, dont la sollicitude et le dévouement ne nous ont jamais fait défaut.

Nous tenons à exprimer encore notre reconnaissance à tous les éminents professeurs dont nous avons suivi les leçons et les cliniques et qui ont contribué à meubler notre esprit des connaissances nécessaires à l'exercice de notre belle profession.

Nous devons un témoignage particulier à M. le professeur Teissier, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre soutenance de thèse. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude.

Nous exprimons enfin à M. le professeur agrégé Lannois, qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu le contrôler, tous nos remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous avons pu constater, dans le service de M. le prof. agrégé Lannois, combien nombreuses et variées sont les manifestations de l'hystérie.

M. Lannois a particulièrement attiré notre attention sur les cas où les hystériques présentent de la fièvre sans raison plausible et nous a inspiré l'idée de traiter ce sujet dans notre thèse inaugurale.

Quoique les cas de fièvre hystérique soient peu fréquents, il y a intérêt à faire le diagnostic, car il convient d'éviter aux malades l'absorption de médicaments inutiles dans ces cas. En outre, la symptomatologie est intéressante à connaître, car, la fièvre hystérique, protégée aux formes changeantes, peut simuler plusieurs affections graves et alarmer à tort un praticien qui aura méconnu la nature de ses manifestations.

Après avoir fait l'historique rapide de la question, nous décrirons plusieurs types parmi ces curieuses élévations de température chez des hystériques, et nous donnerons à l'appui de notre thèse, quelques observations intéressantes, choisies parmi les plus sérieuses qu'il nous a été de lire ou d'observer.

HISTORIQUE

La fièvre hystérique a été relatée à une époque déjà lointaine. Sandras, en 1792, dans son *Traité des nerfs et de leurs maladies*, la décrit comme fièvre essentielle.

Pomme, en 1803, observa cette fièvre spéciale et, dans son *Traité des maladies vaporeuses*, il lui donna le nom de fièvre spasmodique. « Elle n'est point produite, dit-il, par la présence d'une matière fébrile, mais par le seul vice des nerfs, lequel consiste dans un ébranlement des fibres nerveuses, d'où s'ensuit une augmentation considérable de force dans le cœur, les artères et les veines. » Il avait donc déjà entrevu la pathogénie de l'affection.

Niée par Broussais et son école, Chomel, Landouzy, n'y voyaient qu'un symptôme d'une lésion organique concomitante.

Grisolle, en 1846, admettait que, très rarement toutefois, on pouvait trouver de la fièvre chez des gens hystériques

Beau signala une fausse fièvre typhoïde d'origine nerveuse. Graves et Wunderlich en signalèrent également des exemples.

Briquet, dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, affirma nettement l'existence d'une fièvre hystérique ne résultant ni de phlegmasies, ni d'altérations matérielles des organes, appréciables à nos sens.

En 1869, Gagey publia sa thèse sur les *Accidents fébriles chez les hystériques*.

En 1873, Briant fit paraître deux observations de fièvre hystérique.

L'un et l'autre l'admettaient parfaitement, car on ne trouve, disaient-ils, aucune lésion organique pouvant expliquer l'élévation de la température.

Bouchut, Du Castel, doutèrent de la fièvre hystérique, et en 1883, Pinard, dans sa thèse, mit également en doute l'existence de cette fièvre, critiqua les observations de Briquet et de Briant en accusant celui-ci de ne pas les avoir suffisamment contrôlées. Mais le Prof. Debove publiait, en 1885, une observation qui ne laissait aucun doute sur la réalité de l'existence de la fièvre hystérique, il avait pris lui-même la température et avec un soin tel, que cette observation paraît indiscutable.

En 1886, Barié publiait, à la Société médicale des hôpitaux, un cas de fièvre hystérique également irrôchablement observé.

En 1887, Clemow publia, à la Société clinique de Londres, une observation qu'il intitula : *Hyperpyrexie hystérique chez une blanchisseuse de 23 ans*.

L'année 1888 fut fertile en ouvrages traitant de la fièvre hystérique. Macé résuma dans sa thèse les observations de Boissard, Chantemesse, Dalché, Raynaud.

La même année, le Prof. Chauveau essaya d'établir la pathogénie de l'hyperthermie hystérique et l'étudia dans toutes ses allures, d'après les travaux de Bichat, de Girard, d'Aronsohn, sur les centres thermogènes du cerveau.

C'est en 1888 également que Bressler fit un travail et que Fabre fit sa thèse sur le même sujet.

Toujours la même année, Bertoye publia, dans sa thèse faite à Lyon, une étude très documentée sur la fièvre du goître exophtalmique.

En 1890, dans la *Gazette des hôpitaux*, Boulay fit une étude très sérieuse de la fièvre hystérique.

En 1892, Tuya publia un article à ce sujet dans la *Province médicale*. Nous devons encore citer, les années suivantes, les travaux de Sarbo, de Moiroud.

En 1895, Gilles de la Tourette fit paraître un livre magistral sur l'hystérie et consacra un de ses chapitres à la fièvre hystérique.

En 1896, Jacqueau signala, dans le *Lyon Médical*, des accidents pseudo-méningitiques avec température chez une grande hystérique.

En 1897, Sollier fit paraître son livre sur la genèse et la nature de l'hystérie.

La même année, nous devons signaler un mémoire de Rendu, à la Société médicale des hôpitaux.

En 1899, M. Cuzin publia, dans le *Lyon Médical*, une très sérieuse observation qu'il avait eu l'occasion

de prendre lui-même à Bron dans le service de M. le Prof. Pierret et qu'il a bien voulu nous communiquer.

A l'étranger, de nombreux travaux ont parus également, nous devons citer entre autres, ceux de Wunderlich, de Putnam-Jacobi, de Clemow, d'Aronsohn, de Raffaële-Vizioli, de Lorenzen, d'Auffleck, de Bressler, de Léoni, d'Ughetti, de Tillmann, de Santagelo-Spoto, etc.

En 1903 enfin, ont parus successivement à Paris, la thèse de M. Larré et à Lyon l'observation si sérieuse et si indiscutable de MM. Lannois et Porot,

C'est documenté par ces travaux que nous nous efforcerons de mettre au point les idées actuelles sur la fièvre hystérique et de les synthétiser.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Pourquoi l'hystérie qui simule tout, ne simulerait-elle pas la fièvre ? On ne conteste plus l'origine hystérique d'accidents parfois bien plus étranges qu'une simple élévation de température, une fausse grossesse par exemple.

On ne nie point la fièvre dans le goître exophtalmique et on sait que Bertoye a constaté des élévations de température allant jusqu'à 39° sans lésion organique.

On a décrit l'existence dans la chlorose proche parente des névroses, d'une variété spéciale, la chlorose fébrile.

Chez les choréiques enfin, Bertoye a encore signalé des accidents fébriles. Qu'on refuse toute valeur aux observations faites avant l'usage du thermomètre, à celles qui ne paraissent pas prises avec toutes les précautions désirables, nous le comprenons fort bien. En effet, s'il est une cause d'erreur qui a beaucoup contribué à faire suspecter la réalité de la fièvre hystérique et a retardé son admission dans le groupe des manifestations de l'hystérie, c'est la simulation. M. Lannois nous a conseillé de citer le cas d'une

femme qui faisait monter à son gré la colonne mercurielle en percutant à petits coups de doigt le thermomètre placé dans son aisselle ou par tout autre procédé. Cette femme, qui est du reste encore à l'Antiquaille, avait remarqué qu'on s'intéressait beaucoup à sa voisine qui faisait de la fièvre hystérique et n'avait pas hésité à simuler les mêmes phénomènes.

On aurait pu d'autant mieux s'y tromper que cette malade, qui avait eu des hémoptysies hystériques antérieurement, avait également présenté des symptômes de méningite avec température de 39°5, vomissements, muguet, etc., sous l'influence d'une inflammation banale de l'arrière-gorge.

Plusieurs parmi nos maîtres, tout en admettant la réalité de la fièvre hystérique, nous ont signalé des cas de simulation. Mais il faut se garder de conclure du particulier au général et d'un cas à tous les autres. La simulation est un des traits du caractère des hystériques, quelles que soient les manifestations que présentent ces malades et n'est pas particulière à ceux qui ont de la fièvre.

Et d'ailleurs, quoi de plus facile que de se mettre à l'abri de l'erreur? On sait que chez les nerveux il peut se produire des élévations locales de température. Le mieux sera de prendre cette température successivement dans l'aisselle et dans le rectum ou le vagin, au moyen de deux thermomètres, en restant soi-même auprès du malade prêt à interrompre toute velléité de supercherie.

ÉTIOLOGIE

La fièvre hystérique se voit surtout chez les femmes et fait son apparition vers l'âge de la puberté.

L'hérédité nerveuse joue un très grand rôle dans son étiologie; mais les chagrins, les émotions et les contrariétés, les traumatismes, les intoxications (alcool, plomb, sulfure de carbone) sont ses principales causes occasionnelles.

C'est à la suite d'une peur très violente que beaucoup de malades font de la fièvre, d'autres à la suite d'arrêt brusque des règles ou par crainte de contracter une affection qu'ils redoutent et dont ils finissent par manifester tous les symptômes. A ce propos nous citerons le cas signalé par Hanot et Boix dans lequel la malade, qui avait vu évoluer trois dothiéntéries, et tourmentée de contracter une affection semblable, fit de la fièvre et présenta tous les symptômes qui l'avaient frappée chez son mari.

PATHOGÉNIE

C'est donc chez la femme q'on rencontre le plus souvent ces curieuses manifestations fébriles et M. Lépine a fait remarquer que la femme possède des centres thermiques particulièrement excitables ; mais comme le dit fort bien M. Boulay, on peut supposer que sur ce point, beaucoup d'hommes sont femmes.

Quel est le mécanisme de cette hyperthermie ?

Sollier, dans son livre sur la *nature de l'hystérie*, dit qu'elle est due à un engourdissement, à un sommeil du cerveau atteignant un plus ou moins grand nombre de ses centres. D'après lui, « l'hystérie est en réalité composée d'une agrégation et d'une combinaison d'hystéries locales ».

La fièvre hystérique n'est pas une fièvre réelle. Celle-ci en effet, est caractérisée, comme on le sait, par l'élévation de la température organique, de la chaleur animale, mais avec ceci de particulier, que cette élévation de la chaleur animale est le résultat de l'exagération des combustions organiques se traduisant par l'augmentation de l'urée et de l'acide carbonique.

Dans la fièvre hystérique, dénomination d'ailleurs

imparfaitement justifiée, comme le fait remarquer M. Soulier (*Lyon Médical*, 1900), car de tous les symptômes de la fièvre, elle ne possède que l'hyperthermie, les combustions organiques, au lieu d'être exagérées, sont plutôt diminuées.

A ce propos une discussion intéressante eut lieu en 1900, à la Société des Sciences médicales de Lyon, où M. Soulier présentait une observation d'hyperthermie apyrétique. Nous croyons devoir reproduire les points saillants de la discussion.

« M. Pierret admet qu'il y a nombre de cas mal classés où l'hyperthermie existe sans cause. Mais on a trop de tendance, d'après lui, à ranger dans le cadre de l'hystérie tout ce dont on ignore le nom. Pour lui, la fièvre ne s'explique pas simplement par l'oxydation, car les phénomènes sont plus complexes. En tout cas, pour que la température soit durable il faut qu'il y ait hyperfonctionnement d'un organe.

Les reins permettent bien habituellement de juger de la fièvre, mais les déchets peuvent rester fixés sur les éléments. La brusquerie de la température par introduction de toxines est démontrée et les doses peuvent être infinitésimales. La susceptibilité du sujet à un toxique, même à dose légère, peut expliquer les hyperthermies sans causes palpables. Aussi, il faudrait accepter toutes les conditions d'intoxication, même la banale constipation.

M. Bard pense qu'il ne s'agit pas d'un trouble de production, mais de non utilisation. A l'état normal, l'organisme emmagasine de la chaleur sous forme de force vitale; si les éléments arrivent à fonctionner

avec un besoin moindre de chaleur, on a hyperthermie par intervention de cette chaleur non utilisée.

M. Grandclément pense qu'il faut chercher la cause de cette perturbation thermique du côté des centres nerveux.

M. Soulier ne veut rien changer aux conceptions actuelles des forces physiques. Il fait une hypothèse analogue à l'hypothèse d'Ampère pour les deux électricités. Il pense, en outre, que lorsque les urines ne sont pas modifiées il n'y a pas de fièvre. Enfin, il ne comprend pas la théorie de M. Bard, pour expliquer une hyperthermie dépassant 40°.

Quant à M. Grandclément, il pense qu'il ne fait que reculer le problème.

Pour M. Bard, la rétention de la chaleur suffit à élever la température, comme l'ont prouvé de nombreuses expériences. Il admet que la force vitale emmagasine la chaleur sous forme latente, mais si l'on suppose de la chaleur qui n'est pas consommée, la température s'élèvera.

M. Soulier. — Il y a transformation d'énergies inutilisées. Ainsi la production de température chez les agonisants a sa source en grande partie dans la cessation des phénomènes vitaux.

M. Monoyer. — C'est du pur vitalisme, il n'y a pas de force vitale distincte des phénomènes physico-chimiques. »

Cette discussion eut lieu à propos d'un article paru dans le *Bulletin du Lyon médical* (7 janvier 1900).

M. Soulier y publiait une observation d'hyperther-

mie chez une hystérique, manifestation qu'il dénomma hyperthermie apyrétique.

M. Soulier y relevait le contraste qui l'avait frappé entre l'hyperthermie excessive qu'il avait observé (44°) dans le vagin et la fraîcheur relative de la peau, contrairement à ce qui se produit chez les fébricitants. Il en tirait la conclusion que cette chaleur était différente de la chaleur ordinaire, telle que nous la connaissons ; que cette chaleur n'est pas et ne peut pas être d'origine chimique ; qu'elle est due à « la transformation de toutes les énergies qui devaient se transformer en manifestations de la vie de relation et même de nutrition... en chaleur » ; et que « cette chaleur anormale, de par son origine, n'a pas les effets nocifs de celle produite expérimentalement. » En somme pour lui il y a deux chaleurs, l'une sensible à nous et l'autre sensible seulement au thermomètre, capables d'interférer pour se détruire.

M. Morat, le 14 janvier 1900, lui répondit et traita dans son article : 1° la question de l'origine de la chaleur chez les animaux ; 2° la question de sa régulation ; 3° la question de l'influence du système nerveux sur la production et la déperdition de la chaleur.

1° Origine de la chaleur. — La chaleur est d'origine chimique ; c'est un point sur lequel les physiologistes sont d'accord et qui est basé sur le principe de la conservation et de la transformation de l'énergie. A son entrée dans l'organisme, cette énergie est représentée par nos aliments, qui la possèdent à l'état potentiel ; à sa sortie, elle est (chez un individu au repos) entièrement représentée par de la chaleur.

Brulons, dit M. Morat, notre ration des 24 heures dans un calorimètre, l'instrument indique un certain nombre de calories dégagées. Plaçons-nous, nous-mêmes dans le calorimètre; l'instrument indique le même nombre de calories.

A moins qu'elle ne se crée de rien, ce qui est inadmissible, d'où pourrait provenir cette chaleur sinon des substances alimentaires qui, pour constituer leurs molécules complexes, ont emmagasiné les radiations solaires, source première de cette énergie?

2° Régulation de la chaleur. — La chaleur est une chose; la température est, si on peut ainsi parler, une des dimensions de cette chose, c'est proprement le niveau de la chaleur.

La ration alimentaire d'un adulte ou les réserves qui lui correspondent représentent en moyenne 2.000 à 2.500 calories. Si telles conditions pouvaient exister dans notre organisme, qui empêchassent cette chaleur de se déperdre pendant qu'elle continuerait régulièrement à se produire, notre température monterait de près de 2° à chaque heure du jour, et au bout d'un jour et demi à deux jours, porterait notre corps à la température de l'eau bouillante. Ces chiffres parlent par eux-mêmes et montrent avec quelle facilité peuvent se produire ces hyperthermies parfois excessives.

Cette explication dit M. Morat, est infiniment plus rationnelle que celle de M. Soulier propose d'une chaleur nouvelle inconnue des physiciens.

3° Influence du système nerveux sur la production et la déperdition de la chaleur. — Un tel équilibre dans

la chaleur de notre organisme suppose un appareil régulateur d'une exquise sensibilité en même temps que d'une extrême complication. Cet appareil, c'est le système nerveux.

Le système nerveux ne fournit pas l'énergie (actuelle ou potentielle) qui se dépense dans les organes auxquels il commande (cette énergie leur vient exclusivement du système digestif et pulmonaire, en passant par le sang qui, comme on le sait, nourrit ces organes); mais le système nerveux a le pouvoir de faire passer l'énergie potentielle à l'état d'énergie cinétique ou actuelle; il apporte l'étincelle qui allume le foyer. (Morat, *Lyon Médical*, 14 janvier 1900.)

Dans le *Lyon Médical* du 28 janvier 1900, M. Soulier répondit à M. Morat du tac au tac et se déclara en désaccord avec lui sur plusieurs points:

1° Se basant sur les expériences de Claude Bernard, consistant dans le sectionnement du sympathique cervical, il croit avec l'éminent physiologiste que l'élévation thermique causée par la sympathicotomie est indépendante, du moins peut l'être, de la circulation accrue, d'un plus de sang dans la région;

2° Pour Claude Bernard, tout ce qui se passe dans la région dépendant du sympathique coupé est d'ordre actif, non paralytique.

Ainsi, il remarque que « dans les parties plus chaudes ne survient aucun œdème, aucun phénomène morbide qu'on puisse rattacher à ce qu'on appelle de l'inflammation ». « Ces faits devront entrer comme éléments importants dans la question si complexe de la chaleur animale, pour la solution de laquelle, ainsi

que l'ont observé Regnault et Reiset, il ne suffit pas de faire intervenir les phénomènes de la respiration.» Claude Bernard disait encore : « L'organisme vivant peut faire sur place du chaud et du froid à l'aide de son système nerveux ; la chaleur ainsi produite est indépendante de la circulation accrue ; l'ensemble des phénomènes observés est d'ordre actif. »

M. Soulier convient que la chaleur est bien d'origine chimique, mais que le système nerveux, le sympathique particulièrement, est un accumulateur d'énergie nerveuse ; cette énergie s'y accumule comme un ressort que l'on tend. Dans l'ordre ordinaire des choses, ce ressort se détend, se décharge lentement. Mais le sympathique coupé, il y a un brusque déclenchement ; le choc émotif, par exemple, a déclenché le sympathique, il y a décharge calorique au lieu de décharge cinétique.

Le débat, on le voit, est assez confus. Il est impossible cependant de s'inscrire en faux contre les données de la physiologie rappelées par M. Morat ; il est difficile de concevoir les centres thermiques autrement que comme des centres déterminant en des points divers de l'organisme des modifications chimiques dont la chaleur est le résultat tangible. Pour notre part, nous aurions une tendance à admettre comme très vraisemblable l'opinion de M. Pierret, à laquelle MM. Lannois et Porot semblent aussi se rallier.

Dans le cas spécial de notre malade, il est vraisemblable qu'il existe des lésions du côté du rein et que celles-ci amènent des auto-intoxications suffisan-

tes pour exciter au moins passagèrement les centres thermiques.

L'existence de ces centres est de plus en plus démontrée et paraît hors de doute. Des expériences de laboratoire très sérieuses ont en tout cas affirmé leur réalité chez les animaux. D'autre part on sait que des chocs, des contusions de l'encéphale peuvent déterminer des troubles vaso-moteurs et de l'hyperthermie. Duret dans son *Traité des traumatismes cérébraux*, Ch. Richet, Schreiber, Landois, plusieurs auteurs l'ont affirmé. Pollosson a noté une température de 42° après l'ablation d'un angiôme du cerveau, Jaboulay 41°9 chez un malade atteint de tumeur de la base.

Il existerait d'après Girard (*Archives de physiologie*), quatre points dont la piqure serait suivie d'hyperthermie : l'un d'eux situé à la partie antérieure du corps strié, l'autre, entre le corps strié et la couche optique, le troisième, à la partie antérieure de la couche optique, le quatrième, au point de décussation des fibres motrices dans le bulbe.

D'autre part, Ott a produit expérimentalement de l'hypothermie en excitant deux points situés à l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius.

On peut donc d'après ces indications, concevoir qu'il existe à la base des centres hyperthermiques et des centres hypothermiques dans la corticalité, les uns thermogénétiques, les autres thermotaxiques. Si ces centres fonctionnent normalement, il y a équilibre ; si pour une raison quelconque, l'un d'eux est lésé, l'équilibre thermique est rompu. Dans les maladies

infectieuses, l'équilibre est rompu par les toxines qui viennent impressionner les centres de la base et provoquer l'élévation de température ; dans l'hystérie, d'après les dernières théories, il y aurait paralysie inhibitoire des centres de la corticalité, et par conséquent hyperthermie. Pour expliquer le mécanisme de cette paralysie corticale, Sollier pense qu'elle serait due à une lésion des cellules cérébrales qui retentirait sur les vaso-moteurs en produisant, soit la paralysie, soit la contraction des capillaires par un mécanisme analogue à celui qui amène la paralysie ou la contraction des muscles lisses ou striés. Si on admet cette théorie fort séduisante, on ne s'étonnera pas des températures invraisemblables qu'on a constaté chez certains hystériques sans aucune lésion apparente et on avouera qu'il s'agit bien réellement d'une hyperthermie essentielle, bien différente de la fièvre, résultat et indice d'une infection ou d'une intoxication.

SYMPTOMATOLOGIE

Hyperthermie essentielle

Nous rangerons dans ce groupe tous les cas où l'élévation de la température est l'unique manifestation de l'hystérie, le seul symptôme appréciable.

L'hyperthermie est caractérisée par son extrême irrégularité, on y voit des températures oscillant entre 36 et 42 ou 43° et plus même. Tantôt elle est égale le matin et le soir, tantôt elle prend le type inverse et est plus élevé le matin. Le début de l'ascension thermique est aussi brusque que sa chute. On ne décèle à aucun moment le moindre signe d'une lésion organique qui expliquerait cette hyperthermie extraordinaire, en tout cas la convalescence est souvent si rapide qu'elle exclue toute idée d'une lésion viscérale sérieuse et profonde. A quoi attribuerait-on cette hyperthermie sinon à l'hystérie chez une personne nettement hystérique ?

Quelquefois le syndrome clinique présente l'aspect suivant : on note de la courbature, de l'anorexie, un état saburral des voies digestives, de l'accélération

du pouls, des sueurs abondantes, le thermomètre accuse une température élevée ; tantôt ces phénomènes sont dissociés et on les observe alors que la température est tombée depuis plusieurs jours. De même le pouls est quelquefois accéléré, souvent ralenti, dissociation importante qui pourra contribuer à mettre sur la voie du diagnostic.

Les urines en général, sont claires, abondantes, présentant les caractères des urines nerveuses et non pas des urines fébriles, en ce sens qu'elles ont un volume supérieur à la normale, qu'elles sont pâles et que leur densité est très faible, vu la diminution des éléments fixes, notamment de l'urée. Elles ne se rapprochent des urines fébriles en général que par la présence en quantité assez grande de pigments biliaires.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'absence d'amaigrissement, phénomène frappant chez une malade qui subit des températures invraisemblables. Ce phénomène a été souvent signalé, c'était également un des caractères les plus frappants de notre observation : au plus fort de ses manifestations fébriles, notre malade passait de 40 à 50 kilogr. !

Une observation typique de ce genre nous a été obligeamment communiquée par le D^r Genoud et parmi celles qui existent nous en avons choisi une due à Debove.

Observation de M. le D^r GENOUD

Il s'agit d'un ménage, la jeune femme, très jolie, très mondaine, très cultivée ; le mari, un homme d'affaires, n'ayant pas la corde sentimentale.

Le désaccord se fait vite entre les époux, la jeune femme voyant envoler ses rêves dorés de jeune fille devient très nerveuse.

Un beau jour, sans rime, ni raison, le mari fait une scène de jalousie à sa femme, celle-ci, vivement affectée, et d'ailleurs irréprochable, se met au lit, se sentant souffrante. Le mari, honteux de sa grossièreté et vaguement inquiet, fait appeler le D^r Genoud, le priant de voir si sa femme n'a pas quelque chose de sérieux.

Le D^r Genoud fait un examen complet de sa malade et ne trouve absolument rien à l'examen somatique ; d'autre part, la peau est fraîche, les urines sont très claires, la jeune femme a la sensation de la faim. Pour satisfaire sa conscience, il prend la température et trouve 40°3 !

Il revient le lendemain, la jeune malade est en train de manger, la langue est propre, le pouls est tout à fait normal, il prend la température, 39°2.

Il en fut ainsi pendant quatre jours consécutifs, la température oscillant autour de 39° ; le pouls toujours normal, les urines claires, de densité très faible. Le cinquième jour, la malade, revenue de son choc moral, reprend sa vie, et, sur conseil du docteur, part pour le Midi.

Cinq ou six mois après, le docteur Genoud fut appelé à constater chez elle des phénomènes analogues. Il pratiqua alors un examen approfondi de la sensibilité générale et trouva une hémianesthésie très nette, s'accompagnant d'anesthésie des muqueuses.

Il fut donc amené à conclure qu'il se trouvait en présence d'un cas de fièvre hystérique, conclusion d'autant plus légitime, que sa malade avait eu des crises d'hystérie dans sa jeunesse.

DEBOVE, Société médicale des Hôpitaux,
13 février 1885.

La malade est âgée de 24 ans et a présenté à l'âge de 7 ans des signes de la maladie nerveuse dont elle est atteinte. Elle a eu toutes sortes d'accidents hystériques, paralysies, contractures, grandes attaques; elle n'a, pour ainsi dire, pas de répit; elle est tantôt en proie à un accident, tantôt à un autre, et réduite à la condition la plus misérable par sa maladie, qui ne respecte pour ainsi dire aucun appareil.

A noter qu'elle est très raisonnable, se rend parfaitement compte de sa situation et qu'elle n'a jamais présenté de troubles graves de l'intelligence, excepté au moment de ses attaques. Il y a trois ans, elle fut prise d'un violent accès de fièvre caractérisée par les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur, qui dura plusieurs heures.

Depuis cette époque, sa température a été prise

régulièrement; presque jamais elle n'est descendue au-dessous de 38° pendant deux ans, et à des moments tout à fait irréguliers, une ou deux fois par semaine, sont survenus des accès simulant plus ou moins exactement des accès de fièvre intermittente, pendant lesquels la température montait à 39°, à 40°.

En présence d'une fièvre semblable, j'ai d'abord admis une intoxication paludéenne, puis une tuberculose. Le diagnostic fièvre paludéenne paraissait justifié, au début, par l'existence des trois stades de la fièvre et par ce fait que la malade avait séjourné précédemment en Italie, dans un pays fiévreux. On a dû abandonner ce diagnostic parce que la quinine n'avait aucune influence sur la fièvre, non seulement nous ne constatons aucun signe de cachexie palustre, mais, bien au contraire, tous les signes au moins extérieurs d'une santé florissante.

Le diagnostic d'une tuberculose latente pouvait être discuté dans le principe, il ne paraît plus discutable à l'heure présente; en un mot, parmi les maladies actuellement décrites dans nos livres classiques, je n'en connais aucune qui puisse donner lieu à des accès de fièvre semblables, à une hyperthermie habituelle, et durer plusieurs années, sans amener des désordres plus ou moins considérables de la nutrition.

A diverses reprises, on a pris la température et l'on affirme qu'il n'y a aucune simulation, comme dans le fait publié par notre collègue, M. du Castel.

Par exclusion, je suis arrivé au diagnostic de fièvre hystérique, et il me paraît bien difficile d'en formuler un autre; mais ce n'est pas tout, notre malade a eu

un accès qui a duré beaucoup plus longtemps que les autres, il a duré 14 jours.

C'était au milieu de novembre; sans cause appréciable, la température monta à 40° et oscilla pendant 14 jours entre 40° et 41°.

La peau était chaude, brûlante, la langue sale, la céphalalgie intense, la malade avait un peu de délire, mais un délire semblable à celui qu'elle a d'une façon passagère à la fin d'une crise hystérique. Elle continua à s'alimenter avec du lait (3 litres par jour); tourmentée par la soif, elle le prenait avec avidité. La constipation nous obligea à prescrire un purgatif et cela à deux reprises. La fréquence du pouls était proportionnelle à la température. Elle avait de 120 à 130 pulsations. En dehors des signes que j'énumère, je ne constatai pas de troubles dans aucun appareil. Je posai le diagnostic de fièvre hystérique; mais ce diagnostic, un peu insolite, méritait confirmation. Je priai mon très honoré maître, M. Millard, de bien vouloir voir la malade en consultation; il la vit trois fois, l'examina avec la plus grande attention, et arriva au diagnostic où j'avais été amené, non seulement par cette circonstance qu'il était impossible de faire un autre diagnostic, mais aussi parce qu'on avait l'impression instinctive, sinon raisonnée, que, malgré l'élévation de la température, on n'avait pas affaire à une affection grave.

Au début, j'avais prescrit sans succès du sulfate de quinine; le 13^e jour, je donnai 5 grammes d'antipyrine, la température tomba presque subitement, et la malade, je ne dirai pas entra en convalescence,

mais fut guérie, car, en 2 jours, elle se trouva dans une situation très voisine de celle où elle se trouvait 2 mois auparavant.

Depuis la fièvre dont je viens de parler, l'état de la malade est satisfaisant, nous avons toujours une température de 38°, mais il y a eu un accès dans lequel la température est montée à 39°.

L'action de l'antipyrine a-t-elle été bien réellement la cause de la chute définitive de la fièvre. Je l'ignore et me contente de signaler le fait.

M. Debove a continué à voir la malade. Toutes les semaines, on note de brusques ascensions de la température. Mais aux mois de décembre 1885 et janvier 1886 s'est produite une élévation plus considérable encore.

Au commencement du mois de novembre, notre malade présentait tous les jours matin et soir une température de 39°,5.

Au mois de décembre, cette température s'élevait à 40° et atteignait 41° le 24 décembre, puis dépassait ce chiffre.

Cette fièvre hystérique a été remarquable par son type, par sa longue durée, par son intensité. La fièvre était à peu près le matin ce qu'elle était le soir, il n'y avait pas d'exacerbation vespérale, du moins elle était à peine sensible contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des affections fébriles.

Ces accidents ont duré trois mois, ils n'ont été accompagnés d'aucun trouble d'aucun appareil : ni de l'appareil digestif (la malade a continué à se nourrir de lait, sa nourriture habituelle), ni d'aucun

organe, et tous les soirs vers 7 heures survenaient de grandes attaques de nerfs qui se prolongeaient sans interruption jusque vers une heure du matin.

En dehors d'une sensation de vive chaleur, il n'y avait d'autre souffrance qu'un sentiment continu de brisement, de courbature de tous les membres.

Lorsque la guérison est survenue, elle a été pour ainsi dire instantanée, sans aucune convalescence. L'amaigrissement et la perte des forces étaient très peu prononcés, si on les compare à ce que nous observons dans les diverses affections fébriles, et cependant, pendant un mois, la température avait dépassé 41°.

Hyperthermies pseudo-viscérales

L'hyperthermie hystérique peut donner lieu à de grandes erreurs quand elle se présente avec un cortège de symptômes variés. Elle peut en imposer pour certaines affections viscérales telles qu'une fièvre typhoïde, une méningite, une péritonite, une appendicite, une tuberculose pulmonaire.

Cependant, l'examen somatique sérieux, d'autre part, la constatation des bizarreries de l'affection mettront rapidement les choses au point.

Pseudo-dothié-nentérie

Plusieurs auteurs ont signalé les allures dothié-nentériques de certaines hystéries. Hanot et Boix ont publié une intéressante observation, qu'on lira plus loin, sur une hyperthermie hystérique à forme dothié-nentérique. D'après ces auteurs, on peut assigner à cette hyperthermie pseudo-viscérale les caractères suivants : l'invasion est soudaine, l'élévation de température se fait brusquement, l'évolution est rapide, courte, dure au plus deux ou trois septénaires, présente souvent des apparences de la plus haute gravité et se termine quelquefois brusquement et toujours d'une façon favorable, laissant souvent des accidents nerveux de nature hystérique, paralysies, anesthésies, contractures, convulsions, etc. Le diagnostic est épineux. Il est souvent impossible à faire jusqu'à l'apparition des symptômes hystériques. La constatation des stigmates chez un nerveux, la connaissance d'un traumatisme, d'un choc moral antérieur, un séro-diagnostic négatif, mettront certainement sur la voie du diagnostic.

HANOT ET BOIX. Société médicale des Hôpitaux,
avril 1893.

La nommée R... (Antoinette), âgée de 21 ans, carmeuse, entre le 6 décembre 1892, dans le service du D^r Hanot, hôpital Saint-Antoine, salle Grisolles.

Ses parents vivent encore. Au dire de la malade, son père n'est pas buveur, sa mère n'a jamais été nerveuse. Elle a cinq frères ou sœurs, tous très bien portants. L'un de ses frères a pissé au lit jusqu'à 14 ans. Une cousine du côté de sa mère à 17 ans pisse encore au lit.

Quant à la malade, elle a eu la rougeole et la petite vérole. Réglée à 15 ans toujours régulièrement. Mariée, elle a eu deux enfants, morts en bas âge. Pas de syphilis. Pas de crises de nerfs, mais colères brusques. Son faciès est celui d'une dégénérée, le front est bas, les sourcils abaissés, l'œil enfoncé et sournois; la fente palpébrale est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, la machoire inférieure est petite, rectiligne, un peu fœtale; la voûte palatine présente une ogive assez prononcée, les oreilles sont suffisamment ourlées mais les lobules sont adhérents.

Cette femme vit en assez mauvaise intelligence avec ses voisines qui l'accusèrent, en juillet dernier, de s'être fait avorter et la dénoncèrent au commissaire de police. Cet incident a son importance.

Dans le courant de novembre, son mari, son frère, âgé de 19 ans, sa sœur, âgée de 7 ans, ont en même temps la fièvre typhoïde, elle les soigne chez elle pendant quelque temps, puis son mari rentre à Lari-boisière. Vers la fin de novembre, elle va le voir et le trouve très mal, elle est très vivement impressionnée, pleure, sort très émue; dans la rue elle a des vertiges, saigne du nez abondamment, elle rentre chez elle courbaturée, avec de la fièvre. Elle se couche.

Pendant une huitaine de jours, anorexie, céphalées quelquefois violentes, fièvre, pas d'autres épistaxis.

Un médecin appelé fait le diagnostic de fièvre typhoïde et la fait transporter à l'hôpital.

6 décembre 1892. Pas de prostation, langue sèche au milieu et rouge sur les bords ; pas de nausées, pas de vomissements. Anorexie, constipation opiniâtre depuis 8 jours. Ventre ballonné, douloureux à la pression, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Insomnie. Agitation. Température 38°6. Pouls 66, respiration 25 par minute.

L'auscultation est normale. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La région splénique est douloureuse, pas de matité exagérée.

Les urines sont abondantes, claires, non fébriles. Le 7, on prescrit un purgatif, la malade veut partir, déclarant qu'elle est bien portante, elle réclame à manger, se lève et reste toute la journée de fort mauvaise humeur ; la température reste à 38°5.

8 décembre. La diarrhée persiste depuis la purgation ; benzo-naphtol, bismuth. Température 39°1 et 39°6. Râles sous-crépitants aux deux bases des poumons.

10 décembre. La diarrhée persiste, les râles sous-crépitants ont subitement disparu.

Vers le 16 décembre, la diarrhée cesse brusquement, jusqu'au 23 décembre la température va en baissant progressivement. Le 23, elle descend au-dessous de 39°, apparition d'herpès labral.

Le 24 décembre, ascension brusque à 38°7, la ma-

lade est très fatiguée, ses règles paraissent très abondantes. Nausées, courbatures, douleurs abdominales. La malade a mangé dans la nuit trois tablettes de chocolat.

Du 24 décembre au 16 janvier, la température oscille entre 36°5 et 38°4.

L'état général est bon, on donne à manger à la malade des potages et des œufs.

Le 5 janvier, à 6 heures du matin, la malade éprouve des fourmillements qui montent comme une sorte d'aura, le long du bras et gagnent la poitrine derrière le sternum; aussitôt sentiment de constriction thoracique, étouffement, puis mouvements toniques des extrémités, mains convulsées en pronation forcée, ébauches d'arc de cercle. Le tout dure environ un quart-d'heure. La température était à 37° le matin, elle monte brusquement à 38°4, pour descendre le lendemain à 36°5 et rester aux environs de 37° les jours suivants.

Du 16 au 26 janvier, la température reste au-dessous de 37°.

Le 26 janvier, la malade reçoit une assignation à comparaître devant le juge d'instruction sous l'inculpation d'avortement provoqué et d'infanticide.

Une seconde attaque d'hystérie a lieu, plus forte et plus longue que la première. A partir de ce jour, la température remonte progressivement et atteint 39° le soir du 29 janvier.

Le ventre se ballonne, la diarrhée reparait, la malade est prostrée.

Des chiffres subitement très élevés, 40°4 après

37°8, avaient fait soupçonner l'existence d'une tuberculose pulmonaire généralisée, la poitrine étant pleine de râles, et la malade toussant et crachant.

La recherche des bacilles tuberculeux donna un résultat négatif.

Deux jours après, le 5 février, on constate que tout râle a disparu.

Le 7 février, chute brusque de deux degrés et demi, à partir du 14 février, la température reste au-dessous de 37°.

Le 15 février, un dimanche, la malade demande à sortir, mais ne la jugeant pas suffisamment remise, nous ne voulons pas qu'elle aille de l'hôpital au dépôt. Elle est vivement contrariée du refus, elle a une nouvelle attaque d'hystérie moins forte que la seconde, mais bien caractérisée. Le lendemain matin, la température était remontée au-dessus de 37°.

Le 23, au soir, nous expliquons à la malade qu'elle ne sortira de l'hôpital, que pour être conduite au dépôt.

Cette révélation lui est fort pénible, cependant, elle n'a pas d'attaque.

Le 24, au matin, température 38°, le soir et les jours suivants, elle retombe aux environs de 37°.

Sortie le 26 février.

Le traitement a consisté en purgatifs, benzonaptol, ventouses sèches, antipyrine et sulfate de quinine qui n'ont pas semblé influencer sur la courbe thermique.

L'analyse des urines faites le 16 février à une

époque où la température était redevenue normale a donné les résultats suivants :

Acide phosphorique alcalin. . .	1.872	par litre.
Acide phosphorique terreux. . .	1.254	—
	3.126	—

Pseudo-méningite

Les cas d'hyperthermie hystérique simulant à s'y méprendre la méningite ne sont pas absolument rares. Boissard, Chantemesse, Raynaud, Arnozan, Dalché, Saint-Ange en ont signalé des cas. Tuja de la *Province médicale* en fait l'historique. Jacqueau, enfin, dans le *Lyon médical* de 1896 en publie un cas très curieux et très démonstratif. Dans ces cas on retrouve les principaux symptômes de la méningite, et la perte de connaissance, la raideur de la nuque, les cris brefs et inarticulés et surtout la fièvre sont bien de nature à faire pencher le diagnostic vers une méningite aiguë.

La plupart du temps un symptôme manque, les vomissements spontanés, sans effort, font défaut, la marche présente des bizarreries, des anomalies, qui éveillent l'attention. D'autre part, les stigmates nerveux et la guérison soudaine suffiront à caractériser le méningisme hystérique.

OBSERVATION I (résumée), due à M. F. BARJON,
médecin des hôpitaux

Marie-Louise V..., 8 ans 1/2, entre à l'hôpital de la Charité pour une chorée en 1890 pas d'antécédents héréditaires. Rougeole et influenza, il y a six mois.

Chorée survenue brusquement il y a un mois et demi à la suite d'une frayeur. (Elle aurait été enfermée dans cave pendant une journée entière). Aucun antécédent rhumatismal héréditaire ou personnel.

La chorée est assez intense. Rien aux viscères. Pas de troubles de la sensibilité. Exagération des réflexes rotuliens. Rien à la pression ovarienne. Anesthésie du pharynx.

Brusquement, un matin, sans cause connue mentionnée par l'observation, la petite fille est prise de *vomissements* et *perd connaissance*. Elle est couchée dans son lit en chien de fusil. Ventre en bateau, constipation.

Peu à peu l'enfant reprend connaissance, mais la parole reste embarrassée, elle est somnolente. Les vomissements persistent. Le pouls est à 104, *irrégulier*.

De temps en temps on observe des *contractures intermittentes* dans les membres supérieurs.

Les réflexes rotuliens sont nuls; il existe un peu de trépidation à droite.

On note du *strabisme alternant*, du *grincement*

des dents, de la rougeur passagère de la face. La température a atteint 39° et 39° 5.

Peu à peu tous ces symptômes ont disparu, en moins de huit jours la malade était complètement guérie.

OBSERVATION II, avec tracé, due à M. F. BARJON,
médecin des hôpitaux

Marie-Louise V..., 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de février 1898.

Pas d'antécédents héréditaires. Jamais de rhumatisme.

Première atteinte de chorée à l'âge de 8 ans à la suite d'une frayeur (soignée à la Charité).

Deuxième atteinte à 14 ans, est restée chez elle ; pas de traitement, durée 18 mois.

Troisième atteinte remonte à deux mois a été causée encore par une frayeur (la malade qui est dévideuse a laissé prendre sa flotte dans un engrenage). Début brusque, immédiat.

Cette jeune fille n'a jamais été réglée.

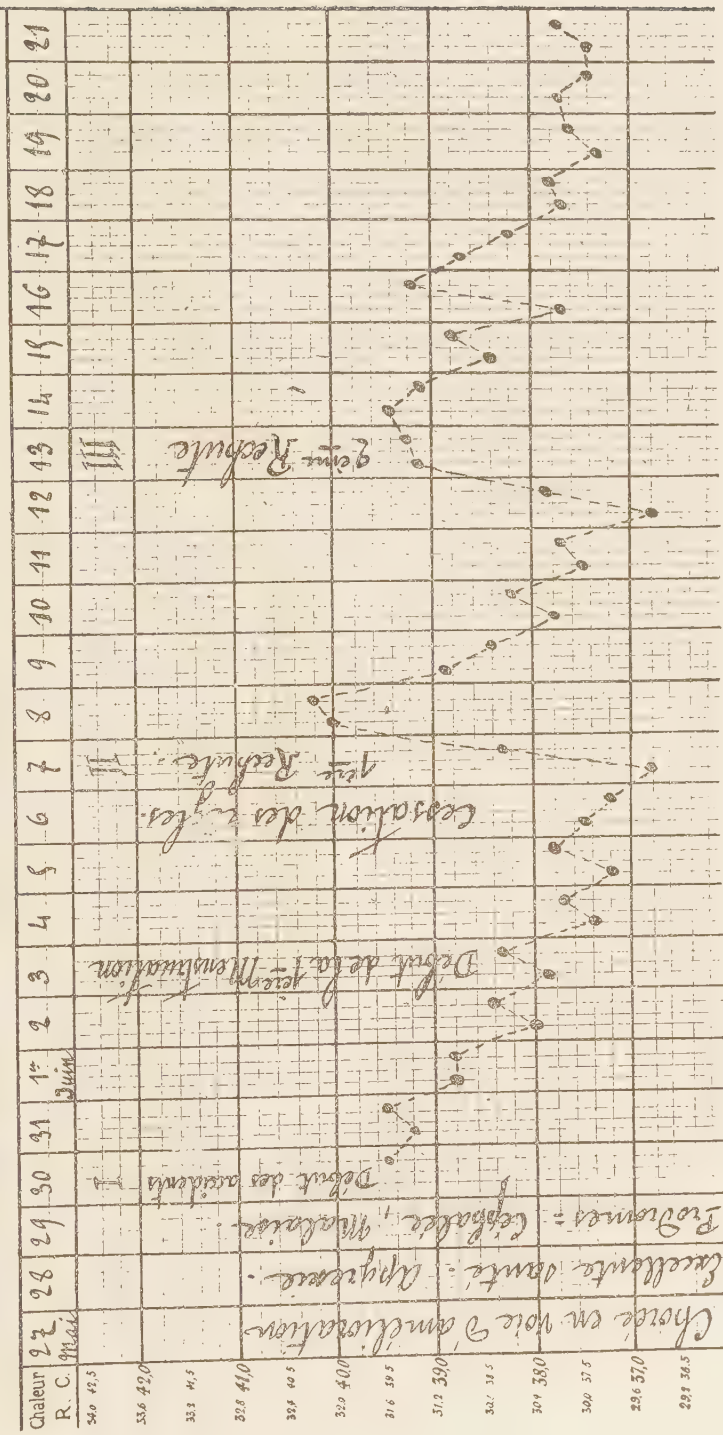
Chorée de moyenne intensité ; les mouvements involontaires siègent surtout aux membres. Pas de troubles de la parole, de la phonation, ni de la déglutition.

Rien au cœur ni aux poumons.

Pas d'albumine. Apyrexie.

On note quelques stigmates hystériques : il y a nettement de l'anesthésie de la cornée et du pharynx.

2. V... Marie Louise - Salle B. Loissier - n° 12 -



Il y a une diminution notable de la sensibilité à la piqure dans tout le côté gauche, membres supérieur et inférieur, excepté sur le tronc. Pas de troubles sensoriels.

Les réflexes tendineux sont exagérés ; les réflexes plantaires conservés

La malade a été soignée par des injections sous-cutanées de liqueur de Boudin.

Pendant plus de trois mois jusqu'à la fin de mai, tout s'est passé sans incident.

A ce moment éclatent les premiers symptômes.

28 mai. La malade se plaint d'un peu de céphalée qui persiste le 29.

30 mai. La malade est plus fatiguée, elle garde le lit, la température atteint 39°,5.

31 mai. La malade se plaint d'une céphalée intense et garde le lit. Elle est abattue, répond à peine aux questions.

A l'examen rien aux poumons, rien au cœur. Langue blanche, étalée.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, pas de taches rosées. Pas de diarrhée.

La malade ne peut digérer ses globes oculaires du côté droit au delà de la ligne médiane. Pupilles égales, dilatées.

Légère contracture de la nuque. Pas de nausées, ni de vomissements. Pouls, 128-132, régulier.

1^{er} juin. Perte de connaissance depuis hier à midi. ne répond pas aux questions. Grincement des dents. Position en chien de fusil. Pas de selle depuis trois jours. Constipation, puis incontinence des urines et

des matières. Pouls 86, quelques intermittences. Face rouge, vultueuse depuis le début. Aucune paralysie. Elle retire ses membres quand on la pique.

Pas de vomissements.

2 juin. Ce matin, elle est un peu mieux, elle a repris connaissance et répond aux questions, mêmes symptômes. Céphalée très vive, grincement des dents, contracture de la nuque. Ptosis des paupières, ne peut les relever. Pas de paralysie des muscles de l'œil, pas de photophobie. Pupilles fixes égales dilatées.

La malade ne peut tirer la langue hors de la bouche, ne peut dépasser l'arcade dentaire. Pouls, 100.

3 juin. La malade, qui n'avait jamais été réglée, a ses premières règles depuis ce matin.

L'intelligence est plus nette, la céphalée persiste, les mouvements choréiques semblent avoir disparu. Ptosis moins marqué, elle peut tirer la langue hors de la bouche. Depuis hier, elle tient la tête constamment penchée sur l'épaule gauche.

Il existe un point d'hyperesthésie à la pression sur le sommet de la tête. Il ne semble plus y avoir d'anesthésie de la cornée, ni du pharynx. Diminution de la sensibilité et de la motilité (parésie) dans tout le membre supérieur gauche. Rien aux membres inférieurs, au tronc, ni à la face. Apyrexie, 37°, 9.

Encore quelques intermittences aux pouls.

4 juin. Le flux menstruel continue. Elle va tout à fait bien. Elle a mangé un œuf. Ce matin elle a demandé à faire des cornets de papier pour la pharmacie. Apyrexie.

5 juin. Les règles continuent. Elle souffre encore un peu dans le cou vers la nuque. La parésie du bras gauche a disparu, mais il persiste une diminution de la sensibilité.

Les mouvements choréiques n'ont pas reparu.

6 juin. Les règles ont cessé. L'analyse des urines déce le l'inversion des phosphates.

$$\frac{\text{Phosphates terreux}}{\text{Phosphates alcalins}} = \frac{47}{28} = \text{environ } \frac{3,5}{2}$$

au lieu de $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{2}$ rapport normal.

La malade s'est levée une partie de la journée.

7 juin. Les pupilles sont moins dilatées et paresseuses à la lumière.

Il n'y a plus aucun symptôme.

8 juin. Hier, après-midi, elle a reçue la visite de sa mère, avec qui elle a eu une vive discussion. Dès le soir sa température atteint 38°,3. Ce matin, elle est à 40°. Elle se plaint de nouveau de sa tête qui est penchée sur l'épaule gauche. Les mouvements choréiques ont reparu.

8 juin, *soir*. Perte de connaissance à peu près complète. Délire. Grincement des dents. Grands mouvements avec les bras et les jambes; on a été obligé de l'attacher dans son lit. Rougeur de la face. Température, 40°,2.

9 juin. Ce matin, la malade a repris connaissance, elle répond aux questions. Elle se plaint toujours de la nuque et de sa tête qui est penchée sur l'épaule gauche.

Incontinence des urines et des matières.

Pas de paralysies oculaires.

Les grands mouvements ont cessé. Il persiste des mouvements choréïques peu étendus.

10 juin. Il persiste seulement la contracture de la nuque avec inclinaison de la tête sur l'épaule gauche. Apyrexie ce matin.

11 juin. Contracture très atténuée. Apyrexie.

12 juin. La malade est complètement guérie.

13 juin. Depuis hier soir, à 6 heures, la malade se plaint de nouveau de sa tête. La température est remontée à 39°,1. La tête est de nouveau penchée sur l'épaule gauche.

14 juin. La température est montée à 39°,5, mais il n'y a eu ni perte de connaissance, ni céphalée. Il y a seulement un peu de douleur et de contracture de la nuque. Rachialgie. Pas de troubles oculaires.

15 juin. L'état s'améliore. Il n'y a plus aucun stigmat hystérique, pas d'hémianesthésie.

16 juin. Apyrexie, mais il persiste toujours des douleurs de la nuque, de l'épaule et du rachis. Les mouvements choréïques ont bien diminués.

19 juin. La malade va beaucoup mieux, elle est apyrétique depuis hier.

Il existe encore un peu de raideur dans les mouvements de la tête.

22 juin. La malade est tout à fait bien. Les mouvements choréïques ont disparu.

11 juillet. La guérison s'est maintenue, il n'y a pas eu de nouvel accident, mais elle a repris quelques mouvements choréïques, d'ailleurs peu marqués.

Elle demande sa sortie.

OBSERVATION DE JACQUEAU (*Lyon Médical*, 1896)

Une malade, qui a des crises hystériques, présente, quelques temps après son entrée à l'hôpital, en pleine période d'amélioration, quelques phénomènes curieux.

D'abord de la raideur de la nuque; la déglutition ne se fait pas, la bouche est sèche et fuligineuse, il se produit une très abondante transpiration. M. Mouisset est d'avis qu'il faut alimenter artificiellement la malade. On introduit, sur ses conseils, une sonde par le nez et on lui fait absorber 300 gr. de lait. Le soir, deux lavements alimentaires sont rejetés aussitôt introduits. La malade pousse des cris brefs et plaintifs, la respiration est fréquente, irrégulière, le pouls régulier est à 104. Le lendemain l'état paraît s'être aggravé. Les yeux fixes sont dirigés en haut. On constate une raideur très accentuée de la nuque et un état comateux absolu. La bouche est sèche, la respiration est à 46, mais régulière. Le pouls est à 106, peu tendu, régulier, la pupille réagit à la lumière, le ventre est souple, gargouillement dans la fosse iliaque droite avec température de 37°,9.

Le soir, la malade remue un peu les paupières, mais le thermomètre accuse 38°,2.

Le lendemain, mêmes symptômes, peut-être plus de raideur de la nuque. La malade ne fait aucun mouvement. On note un peu d'inégalité pupillaire, symptôme nouveau.

Respiration 96, régulière, pouls 104, très dépressible.

A dix heures et demie, le chef de service examine la malade et constate que subitement la respiration devient calme et que le pouls descend à 80. On fait des lotions froides sur le dos, aussitôt la malade prend deux crises avec contractures. Une fois celles-ci terminées, la malade parle comme à l'ordinaire, se met à rire et à manger, il ne lui semble pas qu'elle ait eut rien d'extraordinaire.

Nous pourrions augmenter les observations de ce genre. Nous avons déjà signalé la simulatrice du service de M. Lannois, qui avait eu des accidents pouvant faire craindre la méningite. La malade dont nous rapportons l'histoire détaillée a pu être prise pendant quelques jours pour une méningite. M. Lannois a vu tant à Longchêne que dans le service du professeur Lépine, un jeune homme qui, pendant trois jours, présenta les symptômes d'une méningite grave ayant débuté brusquement et ayant disparu de même. Cet hystérique avait d'une manière constante une vaso-dilatation généralisée avec une rougeur telle de la peau qu'on avait fait chez lui le diagnostic de scarlatine. Après sa pseudo-méningite il garda une anesthésie généralisée, sauf dans le domaine du trijumeau gauche.

Pseudo-péritonite

Il est peu de praticiens qui n'aient eu l'occasion de noter chez des hystériques des phénomènes abdominaux simulant la péritonite. La malade ressent une

douleur intense, localisée à l'ombilic et à l'hypogastre et qui se généralise. Elle est exagérée par les secousses des vomissements, par les quintes de toux, l'abdomen est sensible à la pression, distendu. On cherche, on pratique l'examen pelvien et on ne trouve rien. Le pouls est tantôt ralenti, tantôt accéléré, la température monte à 39° et plus, et brusquement, par la suggestion ou sans motif, tout rentre dans l'ordre et on note 37°, la malade chante et vague à ses occupations.

Il faut noter cependant que dans ce type de manifestation pseudo-viscérale, un signe manque souvent, c'est l'élévation de la température.

TALAMON (Appendicites médicales) : Appendice et péritonisme hystérique, Société médicale des hôpitaux, 26 mai 1897.

Il s'agit d'une des surveillantes de mon service à l'hôpital Tenon, femme de 39 ans, bien portante habituellement et n'ayant d'autre trouble intestinal qu'une tendance assez marquée à la constipation. Les accidents débutent brusquement dans la nuit, par des douleurs atroces dans la fosse iliaque droite, douleur fixe avec violente douleur paroxystique dans l'aîne et dans tout l'abdomen, suivie de vomissements alimentaires et bilieux incessants.

Le lendemain, malgré l'application de sangsues et d'une vessie de glace, malgré deux injections de morphine, les vomissements et les douleurs abdominales

persistent. Le facies est celui d'une péritonite par perforation, traits tirés, yeux excavés, extrémités du nez, pommettes et oreilles froides et légèrement violacées.

Le ventre est tendu, dur, rétracté et hypérestésié dans toute son étendue, avec maximum de la douleur à droite. La fièvre est à 38°,2.

Le surlendemain, l'état général est le même et M. Walther, appelé par mon interne, en mon absence, conclut à une intervention dans les 24 heures s'il ne se produit pas une amélioration. En attendant on continue la glace et la morphine.

Nous voyons la malade le troisième jour, avec M. Walther. Changement radical dans la situation. Le facies grippé a fait place à un visage calme et reposé. Les vomissements ont cessés. L'abdomen est souple et se laisse facilement explorer : on ne constate aucun empâtement à la palpation de la fosse iliaque droite. La pression est encore douloureuse au point de Mac Burney et dans l'espace costo-illique. La température est de 37°.

Les jours suivants la douleur elle-même a disparu.

M. P. JACOBI, *Journal of. nerv. and mental Diseases*, 1890.

L'affection commença le 22 juillet 1889, quand la malade entra à l'hôpital ; mais l'année précédente, l'hiver de 1887-1888, elle avait souffert d'une succession de désordres qu'il faut rappeler tout d'abord.

En décembre 1887, la malade ressentit un point de côté avec fièvre, ce qui fit diagnostiquer par un premier médecin une pleurésie. Ce diagnostic avait beaucoup alarmé la malade ; comme cependant je ne découvris rien dans la poitrine, je pensais à une pleurodie. Après ce diagnostic, la douleur disparut rapidement, mais une parésie vésicale qui était déjà venue antérieurement, amena bientôt une paralysie avec incontinence d'urine. On pratiqua le cathétérisme quelque temps, mais finalement ce trouble disparut, à la suite d'un traitement par la strychnine et l'électrisation locale.

Il survint alors une vive douleur dans la région ovarienne gauche, douleur qui s'accompagna de fièvre.

La température resta irrégulière toute la semaine, atteignant quelquefois 39°4, plus souvent n'atteignant que 39°8. Un examen médical des organes pelviens ne fit découvrir aucun signe d'inflammation locale, et finalement la maladie disparut. A ce moment, la malade fut prise d'un violent mal de gorge avec dépôts pultacés, mais non diphtériques. C'était en mars.

Peu après avoir repris ses occupations, cette dame fut prise de ménorrhagies, dont on ne put découvrir la cause utérine, et qui furent rapportées à une de ces formes obscures d'irritation fonctionnelle de l'ovaire.

Durant l'été de la même année, la malade souffrit d'une paralysie partielle bilatérale des membres inférieurs, occupant surtout les muscles péroniers. Elle était capable de remuer les jambes dans son lit, mais incapable de se tenir debout dans son lit ou de se promener. Elle y arriva cependant quand on lui eût

entouré la jambe de bandes soutenant la cheville et remontant jusqu'aux genoux.

Elle alla alors au bord de la mer, et se porta bien durant deux ou trois mois.

Revenue à la ville, assaillie d'ennuis et de chagrins de toutes sortes, ses troubles physiques reparurent.

Ce fut d'abord une rétention d'urine.

Des métrorrhagies survinrent ensuite.

Il survint bientôt une amblyopie presque complète. Un oculiste trouva une paralysie simultanée des deux muscles oculaires externes. Il rapporta cette paralysie à une diphtérie qu'elle avait eue avant.

Il me semble que la paralysie était de nature hystérique, et analogue à celle des muscles péroniers, qui avait durant une époque privée, la malade de l'usage de ses jambes. Les troubles oculaires persistèrent tout l'hiver. Deux fois durant ce temps, la malade ressentit une violente douleur dans l'abdomen, qui dura 24 heures, puis perdit rapidement son acuité quand j'affirmai à la malade qu'elle n'avait pas de péritonite.

Une fois, après avoir reçu une lettre émouvante, elle eut du délire et ne put parler pendant 12 heures.

Ce mutisme fut suivi immédiatement d'une intense dysphagie qui disparut par suggestion et un peu d'électrisation locale.

L'été suivant (1889), la santé de la malade fut considérablement compromise.

En juillet, le second jour de sa période menstruelle, elle accompagna une amie dans une excursion à l'île de Beloe, et monta les escaliers intérieurs. Le flot

menstruel s'arrêta immédiatement et une vive douleur se montra dans la région ovarienne gauche.

Le 22 juillet elle entra à l'hôpital

Le 23, elle avait une température de 38°8, qui le 24 atteignait 39°4. La fièvre oscilla entre 39° et 40° jusqu'au 13 août, quand après deux jours de température normale, le thermomètre remonta à 40°, pour retomber à 37°. La température resta donc entre 37° et 38° jusqu'au milieu de septembre.

Pendant toute cette période, je n'avais pas vu la malade. Son nouveau médecin connaissait très peu son passé, qu'elle cherchait d'ailleurs à cacher. En présence de la fièvre, la douleur abdominale fut rapportée à un foyer de périmétrite, mais il est à remarquer que l'examen gynécologique fait, il est vrai, avec précaution à cause de l'acuité des douleurs, ne mit en évidence aucun foyer d'inflammation.

A mon retour, au milieu de septembre, la malade était à peu près dans le même état qu'au début de l'attaque et tout à fait comme au milieu d'août, quand la fièvre était tombée. Entendant cette histoire et la rapprochant des attaques nombreuses et variées que j'avais antérieurement observées, je me hasardai à exprimer positivement l'opinion qu'il n'y avait jamais eu de processus inflammatoire, que les accidents étaient d'origine nerveuse et avaient leur point de départ dans une irritation ovarienne due à l'arrêt de la menstruation. Il est probable que l'arrêt de la menstruation avait déterminé une congestion de la couche externe de l'ovaire.

La malade fut endormie et un examen gynécolo-

logique complet fut fait par moi et le docteur Cushier, avec un résultat absolument négatif.

Nous affirmâmes à la malade qu'elle n'avait pas d'inflammation pelvienne, que cette attaque était de la même nature que les précédentes, qu'elle pouvait sans danger se lever aussitôt qu'il lui plairait, et que quelques séances d'électrisation de l'abdomen, sur le siège de la douleur, la dissiperait rapidement.

Les séances furent faites avec le pôle positif sur la région ovarienne et les négatifs sur la région lombaire. Chaque application enlevait la douleur pendant quelques heures. La douleur était complètement disparue au bout de dix jours. La température était redevenue normale à partir du jour où l'on fit l'examen gynécologique sous l'éther.

Pseudo-Paludisme

Le prof. Charcot a publié un cas de fièvre nerveuse à forme pseudo-paludéenne. Mais dans son cas, comme dans les autres, certains gros symptômes manquent, l'hypersplénie par exemple, l'anémie est peu prononcée. « L'intermittence des accès ne doit pas nous surprendre, disait le Prof. Charcot, nous savons que certains hystériques sont remarquables par l'intermittence de leur affection. Leurs attaques peuvent survenir chaque jour à la même heure. » Dans ces cas l'examen du sang confirme le diagnostic.

OBSERVATION DU PROF. CHARCOT.

A la suite de fatigues et de chagrins, une dame, soignée par le Prof. Charcot, tombe malade au commencement de 1883, avec inappétence, état gastrique, fièvre légère. Au bout de trois semaines surviennent des accès de malaise revenant chaque après-midi à la même heure. Puis chaque jour ce sont des accès fébriles débutant par un tremblement intense, plus marqué à droite, et un sentiment de froid dans le dos; le pouls est à 120, la température monte à 38° ou 38°5, sans dépasser ce chiffre. L'accès dure de 2 à 6 heures et plus; il n'y a pas de stade de sueur. Le sulfate de quinine reste sans action sur ces accès. Or la malade avait eu des accès d'hystérie convulsive dix ans auparavant; actuellement elle avait de l'ovaralgie droite. M. le Prof. Charcot en fait une fièvre nerveuse.

OBSERVATION D'UGHETTI (*Réforma médica*).

Dans le cas relaté par Ughetti, c'est au paludisme qu'on avait été tout naturellement porté à penser.

Sa malade, une jeune fille de vingt-huit ans, souffrait depuis deux mois d'accès de fièvre ayant eu d'abord le type subcontinu, puis rémittent, enfin intermittent avec exacerbations vespérales qui atteignirent un degré de plus en plus élevé. Rien n'expliquant cette hyperthermie, qui coïncidait, d'ailleurs,

avec un pouls de fréquence à peu près normale (de 74 à 80) et des mouvements respiratoires tout à fait réguliers, l'auteur porta le diagnostic de fièvre hystérique, que justifiait, du reste, la présence d'un rétrécissement du champ visuel et des troubles de la sensibilité. En dépit des traitements les plus divers (bromure de potassium, hypnose, injections « suggestives » d'eau pure, etc.), cette hyperthermie continua pendant six mois environ; la température, qui, le matin, descendait parfois jusqu'à 35° et quelques dixièmes, s'élevait, le soir, au point d'atteindre 42°, 43°, voire 44°. Pendant les paroxysmes thermiques, il existait des modifications urinaires remarquables et notamment une diminution considérable de la proportion de l'urée, qui s'abaissa, certain jour, à 1,25 %.

La malade, qui ne s'alimentait presque pas, était tombée dans un état de dénutrition assez prononcé. Un régime alimentaire soigneusement réglé, associé au séjour à la campagne, finit par amener la guérison complète.

En ce qui concerne le diagnostic, parfois fort délicat, de la fièvre hystérique, M. Ughetti attribue une importance particulière à la discordance existant entre les phénomènes thermiques et le nombre des mouvements cardiaques et respiratoires, ainsi qu'au ralentissement des échanges organiques se traduisant par la diminution du taux de l'urée.

Pseudo-affections pulmonaires.

Nous éliminons, bien entendu, les manifestations nerveuses sous la dépendance de troubles vasomoteurs, telles que congestions pulmonaires, hémoptysies hystériques, etc. Nous ne voulons parler ici que des cas qui s'accompagnent d'hyperthermie. Dans ces cas, les signes pulmonaires sont vagues, mais il y a toux, accélération des mouvements respiratoires qui peuvent aller jusqu'à 90 ou 120 par minute, ainsi qu'en font foi de nombreuses observations.

Cette accélération considérable de la respiration, cette polypnée intense avec fièvre souvent élevée, ne déroutera pas, car on ne trouve aucun signe pulmonaire et on n'a aucun des phénomènes généraux de la fièvre.

D'autre part, la courbe thermique, irrégulière, désordonnée, le début brusque et la cessation rapide de tous les phénomènes, l'évolution sans prodromes et sans convalescence, lèveront bientôt tous les doutes.

OBSERVATION DE LARRÉ, thèse de Paris. — Prise à l'hôpital Cochin dans le service de M. le D^r Parmentier.

C. L..., âgée de 27 ans, exerçant la profession de couturière, entre le 11 juin 1901 dans le service du

D^r Parmentier, hôpital Cochin, à la Barraque, salle 6, lit n° 10.

Rien à relever parmi les antécédents héréditaires. A eu à 4 ans la variole, réglée à 10 ans, ses règles ont toujours été régulières. A partir de cette époque, la malade devint nerveuse, elle est atteinte à plusieurs reprises de crises hystériques et de fréquents maux de tête. A 18 ans, la malade reçoit, par hasard, de l'eau froide sur tout le corps, elle en reste très impressionnée, et aussitôt après est prise de crachements de sang et d'une paralysie du bras gauche qui ne persiste pas longtemps.

A 21 ans, contracte la fièvre typhoïde qui paraît avoir été assez grave; elle aurait pris, dit-elle, 165 bains froids. A 24 ans, elle aurait été atteinte de péritonite et aurait été admise dans le service de M. Schwartz; son ventre aurait été balonné et douloureux, elle ne fut pas opérée et sortit guérie peu de temps après.

Le 11 juin 1901, elle entre pour un mal de gorge qui dure 2 jours. On constate une angine pultacée avec engorgement ganglionnaire, état suburral de la langue, constipation, anorexie. Sous l'influence de lavages fréquents à l'eau oxygénée et d'un émético cathartique l'état s'améliore, et 3 jours après la gorge est presque nette; les ganglions sous-maxillaires ont disparu et la déglutition cesse d'être douloureuse.

La température pendant oscille toujours entre 39° et 40°, le pouls est rapide : la malade se plaint de maux de tête internes, de palpitations et dyspnée;

les nuits sont agitées, la constipation est opiniâtre, l'auscultation est négative.

Pas de taches rosées ni d'hypertrophie de la rate, pas de douleur ni de gargouillement dans la fosse iliaque, pas d'albumine dans les urines.

On constate quelques légers stigmates d'hystérie, les zones hystérogènes, les réflexes pharyngiens et cornéens sont abolis et la sensibilité à la douleur est diminuée.

Le séro-diagnostic est négatif. Les jours suivants, la température reste toujours élevée entre 39° et 40°, le pouls est rapide. La malade se plaint toujours de céphalalgies intenses, la courbature est générale et les palpitations très douloureuses. La nuit, le sommeil est très agité et le délire assez bruyant se manifeste jour et nuit.

Cet état persiste pendant trois semaines sans que l'on trouve rien d'anormal ni à l'auscultation, ni à l'examen extérieur de la malade. La ponction lombaire est pratiquée à trois reprises : chaque fois on retire un liquide clair et après centrifugation, on ne trouve trace d'aucun élément figuré, les cultures restent stériles.

L'examen du sang montre une proportion normale d'éléments figurés.

La séro-réaction faite deux fois en quinze jours d'intervalle reste négative.

Des bains tièdes paraissent soulager un peu la malade et le délire disparaît.

Vers la fin du mois de juin, la température devient irrégulière, à grandes oscillations.

En même temps, la malade se met à tousser et à cracher un peu. On constate quelques râles de congestion à la base droite, mais insuffisants pour expliquer la température.

La fréquence du pouls, la toux, la présence de crachats sanguinolents pendant plusieurs jours, font penser à un début de tuberculose.

L'auscultation la plus minutieuse montre une respiration normale aux deux sommets; l'examen ne permet pas de déceler le bacille de Koch.

Cet état persiste près d'un mois. Vers la fin du mois de juillet, la courbe de la température change d'aspect et prend un caractère intermittent.

On songe à des accès de fièvre intermittente et l'on prescrit du bichlorhydrate de quinine à 0 gr. 30.

Trois semaines après le 20 août, la malade se sent mieux et demande avec insistance à être envoyée au Vésinet, mais la température persistant entre 38° et 39°, sa demande n'est pas prise en considération.

Quelques jours après, la malade réclamant de plus en plus vivement sa sortie, on lui promet de l'envoyer au Vésinet, ce qu'elle désire tant, dès que sa température sera tombée au-dessous de 37°. En même temps on lui prescrit des pilules qui doivent agir par suggestion.

En quelques jours, la température s'abaisse à 36°. La malade est étonnée de l'effet des fameuses pilules, et le 31 août elle part au Vésinet complètement apyrétique.

OBSERVATION (DE CUZIN, *Lyon Médical*, 1899.)

M^{lle} Anna R..., née à Genève, est âgée de 23 ans. Son père est mort de bacillose pulmonaire (?); caractère calme, pas de tare alcoolique. Mère morte de péritonite puerpérale, à 17 ans.

Personnellement, la malade a été traitée, à Lyon, pour une scoliose; a toujours été très nerveuse, même dans son enfance. Jusqu'à 12 ans, elle a eu, par intermittences, de l'incontinence nocturne d'urine, qui a progressivement disparu en même temps que des crises convulsives apparaissaient. A 14 ans, on la mena à la Salpêtrière, où le Prof. Charcot pose le diagnostic de grandes attaques pour plus tard. Elle fait un séjour de quelque temps à la Salpêtrière. Puis, à la suite de quelques troubles mentaux mal caractérisés, la malade est successivement internée à l'asile de Limoges, à Sainte-Anne, à Villejuif.

Le 28 décembre 1898, elle a, dans la rue, la sensation d'une vapeur lui montant à la tête; elle a du vertige, s'assied sur un banc et depuis ne se souvient de rien.

A sept heures du soir, on la transporte sans connaissance à l'hospice de la Croix-Rousse, et le soir même, elle prend sept crises franches d'épilepsie.

Le 31 décembre, deux nouvelles crises.

Le 1^{er} janvier, dix-huit crises en séries; état d'abrutissement très marqué.

Le 4 janvier, même état de mal avec obnubilation intellectuelle et céphalée.

Le 2 janvier, elle prend cinq nouvelles crises et commence à délirer.

Le 20 janvier, elle est tourmentée par des douleurs gastalgiques très violentes et vomit du sang. Son délire persiste et elle est adressée à l'asile de Bron avec le diagnostic de manie épileptique.

21 janvier. La malade entre à la clinique de M. le Prof. Pierret. A son entrée on n'observe rien du délire épileptique : conscience parfaite, pas d'amnésie ; la malade raconte sa vie avec précision, cite des dates, des noms ; pas d'hallucinations ; simple agitation, nullement furieuse ni agressive. Ce qui domine, c'est une gaieté bruyante et quelque peu incohérente ; elle tutoie tout le monde, chante constamment, souvent les mêmes airs ; son caractère est très instable, l'attention est impossible ; elle pleure, chante, rit sans motifs. Le soir de son admission à la clinique, la malade prend une crise d'épilepsie avec cri initial, pâleur, chute, mouvements toniques et cloniques, stertor, etc.

Voici, à son entrée, le résultat de l'examen somatique :

Poumons : Indemnes. Rien d'anormal, si ce n'est une respiration un peu irrégulière comme rythme.

Système digestif : Langue saburrale. Vive douleur spontanée au creux épigastrique ; à la pression la douleur est mal délimitée ; vomit du sang. L'abdomen est souple. Les selles sont régulières. Le foie et la rate son normaux.

Système uro-génital : Les urines n'ont ni sucre ni

albumine. Le toucher donne un col gros et étalé ; les culs-de-sac ne sont pas douloureux.

Système nerveux : Motilité normale ; pas de troubles de la parole ni de la marche.

Force musculaire normale. Pas de contracture spontanée ou provoquée. La sensibilité est parfaite ; pas de plaques d'anesthésie en aucun point ; pas de zone spasmogène ; la compression des ovaires reste négative-

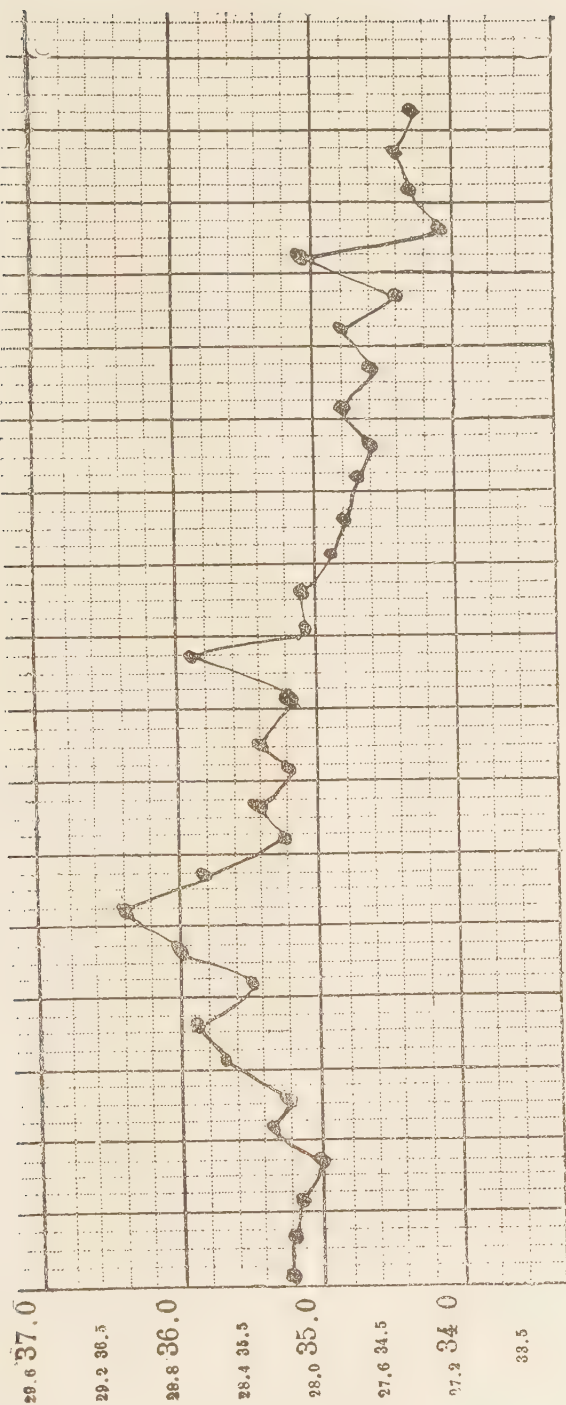
Organe des sens : Un peu d'anosmie à droite. Pas de troubles visuels ; pas de rétrécissements du champ visuel. Les réactions oculo-motrices sont normales. Il n'y a pas de troubles trophiques apparents.

30 janvier. Cette nuit, la malade a eu une hématomèse abondante avec crises gastralgiques très aiguës. — Orthoforme, morphine.

9 février. Du 9 janvier au 2 février, la malade a souffert beaucoup de l'estomac et a eu douze hématomèses. Le sang est noir. Malgré une perte considérable de sang (500 gr, environ), l'état général de la malade reste assez bon. — Traitement : Suppression des ingesta, glace, lavements chauds, ergotine et morphine, injections de gélatine.

24 février. La malade a encore eu cinq hématomèses, trois crises d'épilepsie. État général assez bon.

6 mars. Depuis le 24 février, la malade a encore eu cinq vomissements de sang abondants. Hier elle a pris deux syncopes. Le matin, à la visite, le facies est pâle, à reflets verdâtres ; collapsus ; regard fixe et immobile, membres froids et inertes, cornée insensible, pupilles très dilatées, respiration râlante ; le



TRACÉ N° 1. — Hypothermie après de nombreuses hématomoses.

pouls est à peine sensible et très rapide, les battements du cœur faibles et rapides. Depuis sept jours, à la suite de ces hémorragies gastriques, la température s'est progressivement abaissée et s'est maintenue au-dessous de 35°; ce matin elle est à 34°,3. On fait immédiatement, coup sur coup, une injection d'éther et de caféine; demi-heure après, la malade, auparavant inerte, fait quelques mouvements, puis, progressivement, reprend connaissance. On relève sa tension par une injection de 500 grammes de sérum artificiel. A midi, c'est-à-dire deux heures après, la malade sur son lit, chante, rit et cause. Voici un extrait du tracé (V. tracé n° 1).

7 mars. La température est remontée; l'état général est meilleur. Malgré quelques douleurs épigastriques, la malade est d'une gaieté bruyante. Nouvelle injection de 500 cent. cubes.

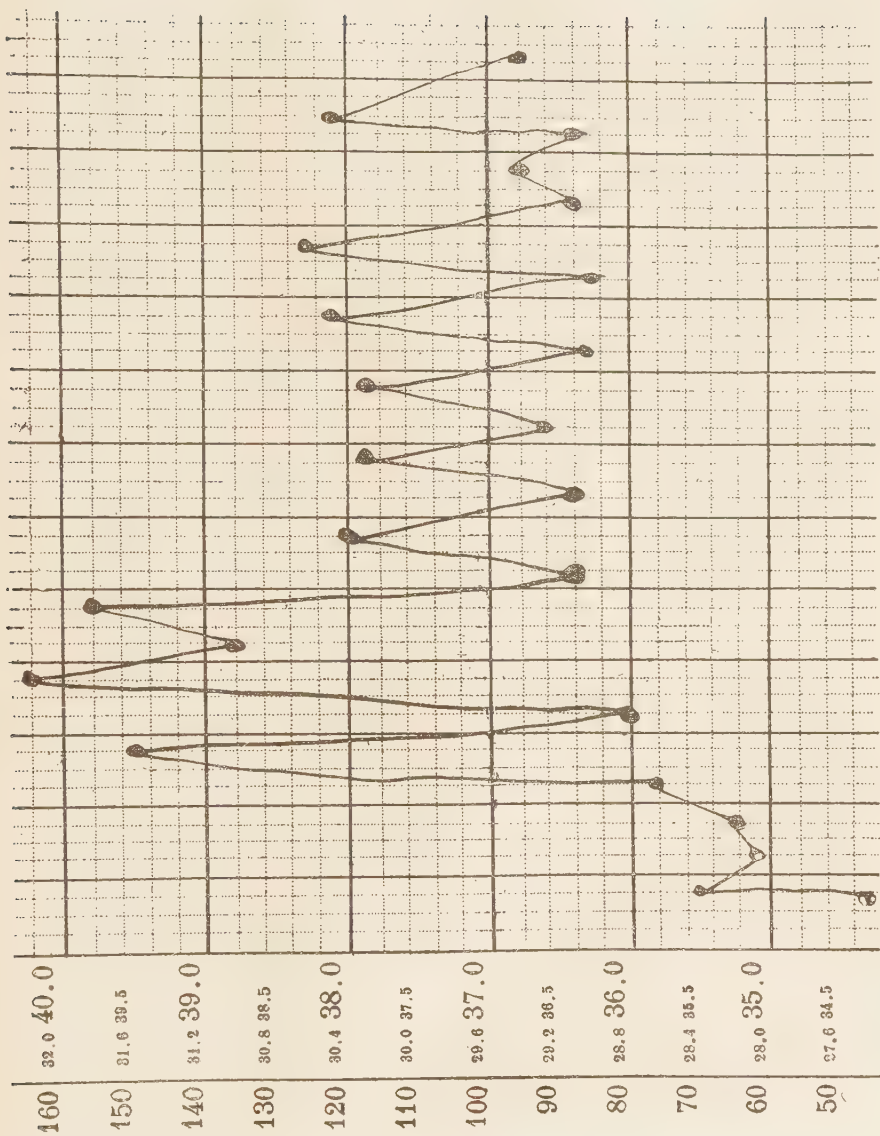
8 Mars. Brusquement, à deux heures du soir, la température, qui était à 38°,5, monte à 39°,6, en même temps, frissons intenses avec horripilation de la peau, chaleur, sueurs profuses.

Une heure après, sensation d'affaissement, douleurs vagues et généralisées.

A ce moment, on ne trouve rien du côté des organes qui puisse expliquer cette brusque ascension thermique. Les urines sont normales; la vessie se vide bien; pas de grosse rate; la malade dit n'avoir jamais eu d'accès paludéens.

9 mars. La matinée a été bonne.

L'après-midi, à deux heures, nouvel accès fébrile identique à celui d'hier : frisson, claquement des



TRACÉ N° 2. — Frisson. Chaleur. Sueurs, urines normales. Pas de grosse rate.

dents, tremblement massif, puis chaleur et sueurs ; le stade sudoral est plus long que celui d'hier. Les urines de 24 heures, en revanche, n'atteignent que 400 cent.cubes. A cinq heures du soir, la température est encore à 38°,2 ; faiblesse excessive, courbature. Toujours pas de grosse rate.

10 mars. A deux heures de l'après-midi, nouvel accès, mêmes stades, mais moins marqués que les précédents. L'abattement est moins profond ; en revanche, la malade se plaint d'une céphalée très vive qu'elle compare à un cercle de fer. Voici le graphique des accès quotidiens. (V. tracé n° 2.)

Pour la première fois depuis son entrée, la malade prend à cinq heures du soir une crise d'hystérie ainsi caractérisée : début par du hoquet, puis une contracture généralisée qui place les membres dans l'extension forcée, le pouce en abduction. Sur cette contracture viennent s'ajouter des contractures intermittentes qui soulèvent d'un bond la masse du corps, le mettent en arc de cercle et le laisse retomber sur le plan du lit. Accompagnant cette contracture, on entend un hoquet bruyant, très intense, rythmé, qui soulève brutalement la masse intestinale ; le diaphragme senti à la palpation, en comprimant l'estomac par ses contractions rythmiques, chasse l'air qui est contenu et produit un gros souffle amphorique perçu à distance. Le corps est en opisthotonos, les pupilles dilatées ; la malade pousse des cris très aigus.

Au moment de la crise, l'anesthésie est complète, profonde, généralisée. La compression ovarienne a arrêté presque immédiatement la crise ; le réveil a été

calme et indifférent ; amnésie. Le soir, à huit heures, nouvelle crise semblable. Hémathémèse.

11 mars. Deux crises d'hystérie avec cris bruyants rappelant des cris de souffrance.

15 mars. Du 11 au 15 mars, la malade prend en moyenne une crise d'hystérie par jour. Les stigmates sont apparus presque au complet ; l'anesthésie est classique, rétrécissement du champ visuel, anesthésie de la cornée ; la zone ovarienne est remarquablement nette comme action spasmogène et frénogène.

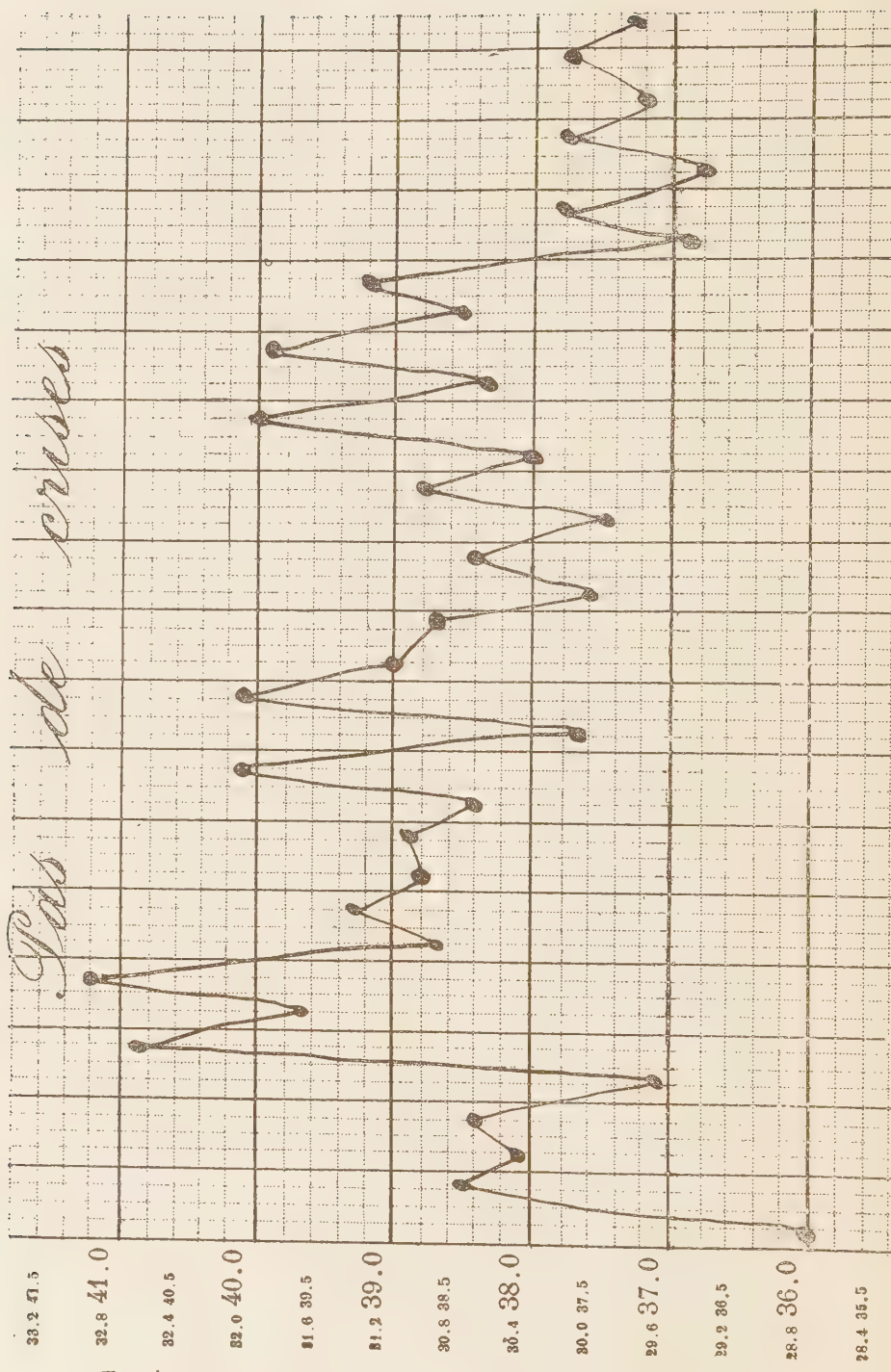
5 avril. Du 15 mars au 5 avril, quelques crises d'hystérie très espacées. La température a oscillé entre 36°5 et 38°.

6 avril. La malade a une crise qui a duré deux heures ; le réveil a été méchant. A 8 heures du soir, sous le coup d'une impulsion, elle a brisé plusieurs carreaux de vitre et s'est fait une blessure profonde au poignet avec ouverture de la radiale. Hémorragie considérable évaluée à plus d'un litre. Le soir, à 9 heures, faiblesse extrême, vertiges. Au lieu d'un abaissement thermique prévu, la température est montée rapidement à 40°5 ; le pouls est petit. Dans la nuit, nouvelle hémorragie. On injecte un litre de sérum.

7 avril. La malade est triste, furieuse par moment, sans délire. La température est redescendue à 38° et s'y maintient.

29 avril. Dans la nuit, la malade a été prise de coliques violentes avec vomissements alimentaires ; l'état général est bas. Température 39°5.

30 avril. Aux coliques, a fait suite une diarrhée



TRACÉ N° 3. — Douleurs salpingiennes. Hyperesthésie du bas-ventre.

très fétide ; la malade a eu quinze selles dans la journée. Température 41°1.

1^{er} mai. L'état s'améliore et la température est redescendue.

15 juin. La malade a pris, ces quinze derniers jours, de grandes crises d'hystérie, avec cris, attitudes passionnelles, hallucinations, rêves, mimique expressive.

L'état général est bon ; la température, très irrégulière, oscille entre 36° et 38°.

28 juin. Hier, la température est montée brusquement à 40°9 ; en même temps, grands frissons, sueurs profuses. La malade attire l'attention sur un écoulement vaginal qui date de quelques jours et qui, examiné au microscope, contient des gonocoques.

24 juillet. La température est toujours irrégulièrement élevée. La malade « craint d'avoir une maladie de ventre », elle accuse des douleurs au niveau des trompes. Au toucher le col est gros et douloureux ; il n'y a pas de collection sentie. Il y a en revanche de l'Hypéresthésie de la peau au niveau du bas-ventre.

7 juillet. On note de la rétention spasmodite d'urine. Les douleurs salpingiennes persistent ; la malade réclame un vésicatoire qui fait disparaître les douleurs en deux jours.

Le 9 juillet, en effet, les douleurs ont disparu, la leucorrhée persiste de même que la rétention d'urine. Pendant toute cette période de douleurs, la température s'est maintenue très élevée. (V. le tracé n° 3.)

Août et septembre. Rien à signaler au point de vue de la température. La malade continue à prendre de

grandes crises d'hystérie, véritables rêves mimés où les hallucinations prédominent.

12 septembre. A la suite d'une contrariété et d'une forte émotion la malade a de nouveau cassé des carreaux et s'est fait une blessure au poignet. A ce moment, l'anesthésie, la veille augmentée, est devenue générale. Pas de température.

13 septembre. La température est montée à 39°; dépression très marquée; demi-mutisme; faciès pâle et défait; on fait le pansement de la plaie; il n'y a pas traces de suppuration. A 4 heures du soir, la température monte rapidement à 40°4. On prend la température avec deux thermomètres et à deux reprises : le chiffre obtenu reste le même. Pas de frisson, pas de chaleur, ni sueur. La malade se renferme dans son mutisme, mimique agressive. Soma-tiquement on ne trouve rien; les urines sont normales.

14 septembre. La malade a bien dormi; les urines sont normales; mimique toujours sombre; la malade ne veut accepter aucune boisson, aucun aliment, aucun médicament.

Température 38°4. L'exploration des organes est toujours négative. Pouls 132.

15 septembre. La malade est un peu affaiblie; le soir, la température est montée à 41°4. La température a été prise deux fois avec deux thermomètres. et dans l'aisselle.

La malade se plaint simplement d'une sensation de froid intense.

Ni chaleur, ni sueur. L'analyse qualifiée des urines

faite par M. Lambert, pharmacien en chef à l'asile de Bron, donne les résultats suivants :

Urines pâles. Densité	1.016
Volume	1.610 cc.
Urée	5 gr. par litre 8,05 : 24 H.
Acide phosphorique. 0,60 par litre	0,95 : 24 H.
Chlore	3,23 par litre 5,20 : 24 H.

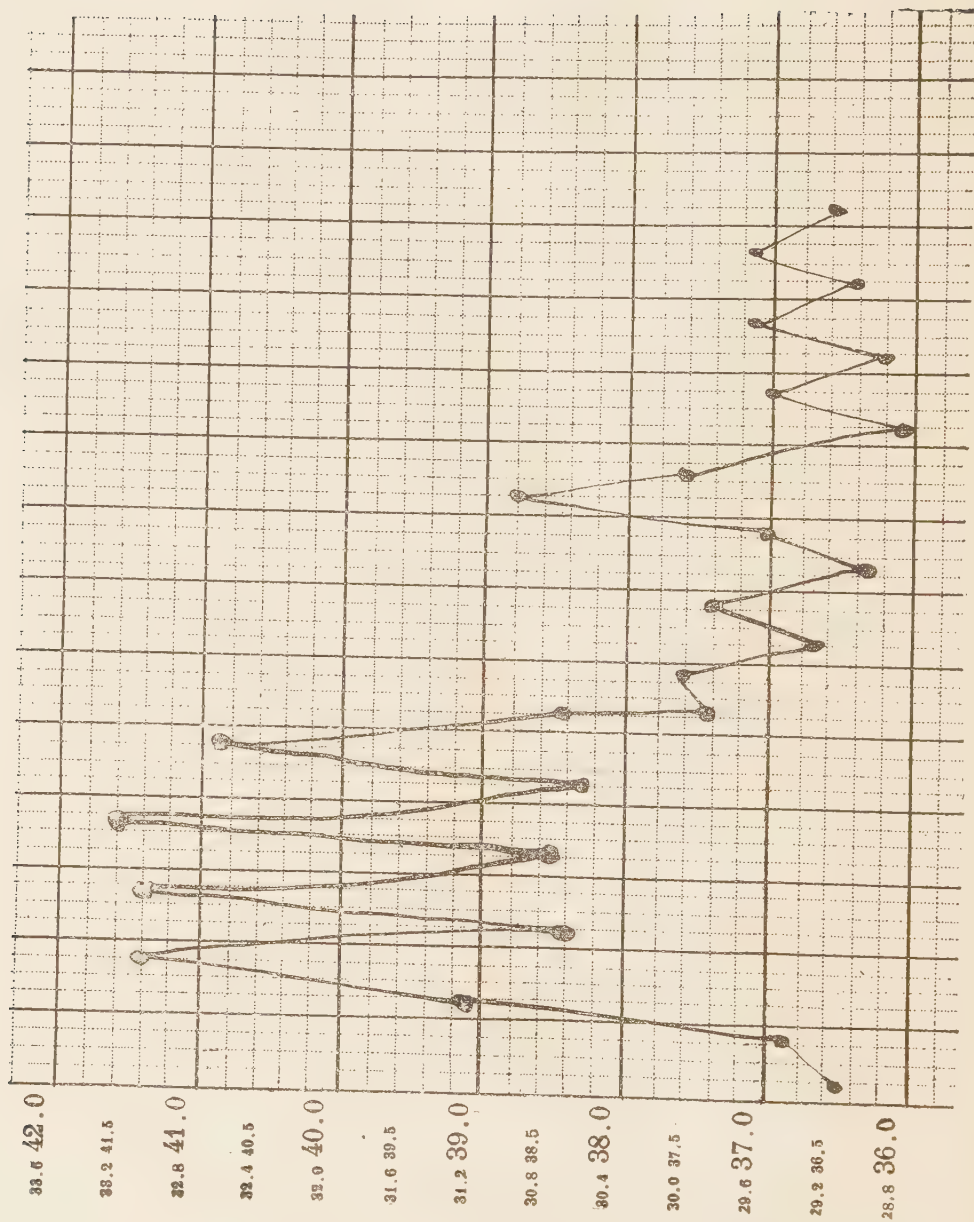
16 septembre. Malade pâle, abattue, souffrant un peu de l'estomac. Deux crises d'hystérie. La mimique est toujours méchante. La température est montée à 41°6; la malade a toujours froid et garde constamment, pour se couvrir, un épais édredon sur son lit. Les urines restent normales; l'examen des organes ne révèle rien. Voici le relevé de ces accès thermiques. (V. tracé n° 4.)

17 septembre. La température baisse peu à peu. Rien à noter au point de vue subjectif ni objectif,

21 septembre. La malade a pris deux crises depuis le 17. La température est à peu près normale.

25 septembre. Température normale. Comme stigmaté, on trouve : anesthésie par place; rétrécissement du champ visuel; dyschromatopsie pour le rouge.

17 octobre. Du 25 septembre au 17 octobre, rien de saillant. Quelques crises assez espacées. Mais depuis hier, la malade souffre violemment de la tête. La température est tombée à 39°3; la céphalée paraît très vive, c'est une sensation de pesanteur très douloureuse siégeant à la voûte et aux tempes. Pas d'appétit; insomnie complète.



TRACÉ NO 4. — Accès pseudo-paludéens. Sensation de froid continue. Ni chaleur, ni sueurs.
Urines nerveuses. Pas de grosse rate. Contrariété.

18 octobre. La céphalée persiste, atroce, arrachant à la malade des cris de douleur : « Oh ! que je souffre ! ma pauvre tête ! par pitié, calmez-moi !... » Il y a de la photophobie ; la tête enfouie sous ses draps, la malade pousse des plaintes continuelles avec cris aigus intermittents. Tous les calmants employés restent inactifs : morphine, trional, exalgine, glace sur la tête, compression crânienne, rien n'y fait. La température est à 40°,2, le pouls à 140, difficilement perceptible, le corps couvert de sueurs froides et abondantes. Constipation. Anoxerie complète.

20 octobre. La malade est dans le même état de souffrance. Cris monotones et continuels. Photophobie. A eu deux vomissements cette nuit. Constipation persistante. T. 40°,8, le pouls n'est qu'à 90. Les calmants, renouvelés, restent encore inefficaces ; le sommeil provoqué seul calme momentanément la malade, un quart d'heure environ ; mais peu à peu la sensibilité renaît, les plaintes réapparaissent et la scène clinique recommence.

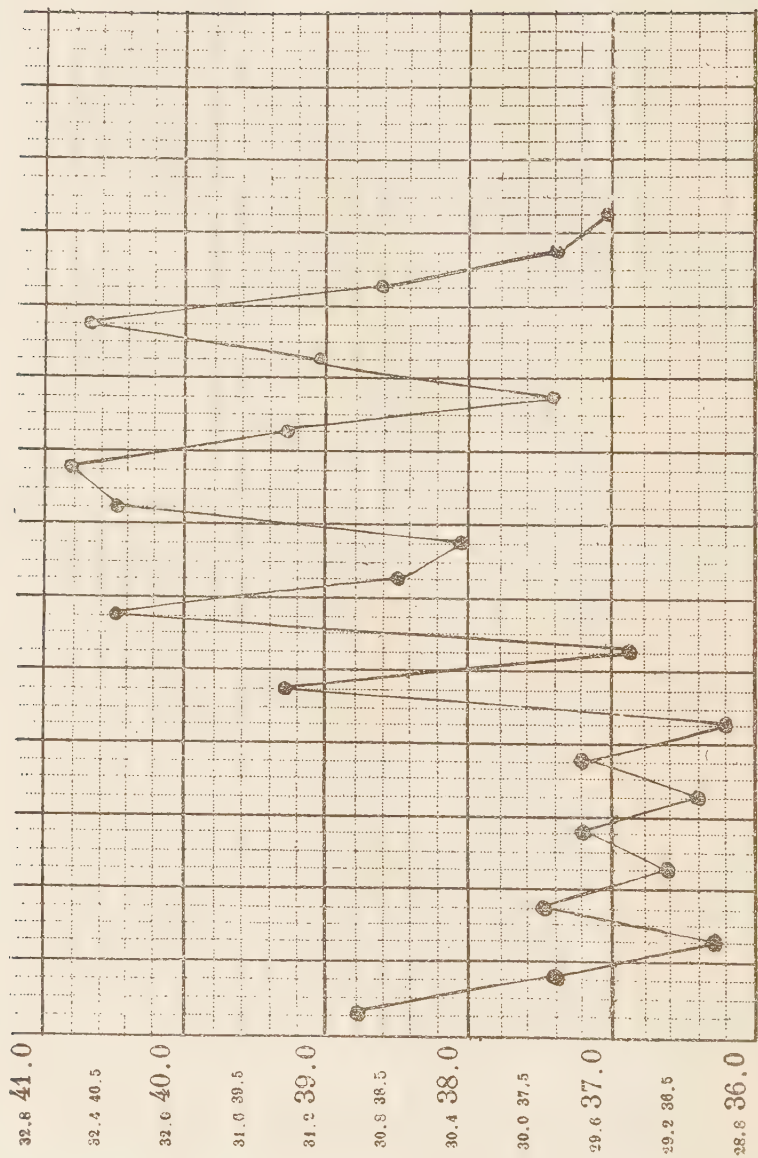
Le 21 octobre. Les phénomènes méningitiques s'accroissent et se complètent. Céphalée, photophobie, vomissements, constipation, fièvre dissociée. T. 39°,8, pouls 84. Les urines de cette poussée fébrile examinées à ce moment donnent les résultats suivants :

Volume 1.716 cc.

Densité 1008.

Urée 6,94 p. litre, 11,91 en 24 h.

Acides urique et composés, xanthoprotéique 0,15 p. litre, 0,25 en 24 h.



TRACÉ N° 5. — Accidents pseudo méningitiques. Céphalée, photophobie, vomissements, constipation, fièvre dissociée, sueurs froides. Cessation subite le 6^e jour.

Acide phosphorique 0,46 p. litre, 0,79 en 24 h.

Chlore 1,668 p. litre, 2,862 en 24 h,

« Cette urine, comme celle analysée le 15 septembre, offre la plupart des caractères des urines dites « nerveuses » : volume supérieur à la normale, densité très faible due à la diminution des éléments fixes. Elle ne se rapproche des urines fébriles que par la proportion assez élevée des pigments urinaires normaux qu'elle renferme (1).

22 octobre. Même état douloureux. Plus de vomissements. Aujourd'hui apparaît une rétention spasmodique d'urine.

24 octobre. Le mal de tête a disparu, la température est tombée, l'appétit renaît; la malade est gaie, cause, rit. Elle a pris deux petites crises d'hystérie; elle n'en avait pas pris durant toute sa période fébrile.

Voici le tracé des températures obtenues. (V. tracé n° 5).

Examinés à ce moment, les stigmates sont : anesthésie complète et profonde portant sur la face (cornée, langue, pharynx), les membres sauf aux deux avant-bras et aux deux jambes; rétrécissement très marqué du champ visuel, irrégulièrement serré pour le rouge; acuité visuelle faible; zone ovarienne très sensible. Pendant toute cette période fébrile, les organes ont été méticuleusement observés et sans résultat. La malade ayant eu une otite suppurée il y a un an, ses deux oreilles ont été examinées par un spécialiste, M. Royet, et sans rien pouvoir trouver.

OBSERVATION PERSONNELLE, publiée par MM. LANNONIS et A. POROT (*Lyon médical*, 1903).

L'hystérie aime le paradoxe. Les manifestations les plus bizarres dans leur évolution, les associations de symptômes les plus contradictoires lui sont familières. Garder pendant près d'un an une fièvre continue, dépassant parfois 41°; avoir des vomissements incoercibles et quotidiens; pisser du sang et de l'albumine et malgré cela voir son poids augmenter progressivement de 10 kilogrammes, est une aventure clinique qui ne pouvait arriver qu'à une hystérique.

Nous avons pensé que semblable histoire méritait d'être rapportée en détail.

Parallèlement à l'observation, on pourra suivre, sept mois durant, sur le graphique ci-joint, le tracé thermique, la courbe urinaire, les notations de poids et le nombre des crises sudorales de notre malade :

Histoire de la maladie. — Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, mariée et mère de deux enfants, dans les antécédents et le passé de laquelle on ne retrouve ni diathèse ni accident nerveux; elle fut mariée très jeune, à 16 ans, contre son gré, nous confia-t-elle ultérieurement, et eut quelques malheurs conjugaux. Mais la vraie cause occasionnelle, celle qui marque le début de son histoire pathologique, fut une diphtérie contractée en avril dernier, et pour laquelle elle fut soignée à la Charité. D'après son récit, elle aurait eu une diphtérie grave avec acci-

dents laryngés sérieux et hyperthermie ; puis, disait-elle, une dizaine de jours après, des accidents paralytiques du voile du palais et des membres, qui se généralisèrent rapidement. Elle décrivait minutieusement à son entrée tous ces accidents avec des détails typiques et précis qui rappelaient bien le tableau des grandes paralysies diphtériques.

Ce n'est que quelques semaines après son entrée, qu'une enquête sérieuse auprès du D^r Rabot réduisit à néant ce récit. Elle eut bien une diphtérie, bactériologiquement confirmée ; mais la feuille de température à laquelle nous nous sommes reportés montrait, à part le premier jour, une température absolument normale. Quant aux complications qu'elle exposait, elles n'existèrent jamais que dans son esprit ; une voisine de lit avait eu les accidents qu'elle racontait, et, quelques jours après, elle se plaignait à son tour de les ressentir. Mais pas un seul instant elle ne trompa la sagacité clinique du D^r Rabot, qui, toujours la considéra comme une névropathe.

Sortie au bout de 40 jours de la Charité, elle transporta à Saint-Pothin ses infirmités.

Admise d'abord dans le service du D^r Courmont, elle y séjourna 19 jours. On hésitait entre le diagnostic de névrites post-diphtériques et celui d'hystérie, lorsque l'apparition d'accidents nombreux vint compliquer le problème diagnostique. A deux ou trois reprises, elle présenta des poussées de température durant plusieurs jours pendant lesquelles elle accusait des céphalées violentes, de la raideur de la nuque, de l'anurie ; bref, un tableau pouvant faire craindre

une méningite. Toutefois, la présence de certains stigmates, quelques tricheries sur l'anurie, firent flairer l'hystérie et on l'envoya à notre consultation. On n'avait pas noté à ce moment de troubles de la sensibilité.

État de la malade à son entrée. — A l'entrée, ce qui frappe le plus, c'est une asthénie considérable ; elle marche à peine, se traîne en s'appuyant ; tous ses membres semblent parésiés et du reste la force musculaire est presque anéantie, puisqu'au dynamomètre, elle ne donne que 3 à droite, 2 à gauche. Elle se plaint de douleurs violentes dans la tête, la nuque et au niveau de l'extrémité des membres ; elle dit ne pas sentir le sol sur lequel elle marche ; elle est anhé-lante, avec respiration rapide, irrégulière, entrecoupée de pauses. Dans la salle de consultation, elle se laisse tomber sur une chaise et prend un accès de tétanie très douloureuse.

Examinée au point de vue somatique, on lui trouve, avec cette diminution de la force musculaire, des réflexes exagérés et une anesthésie presque totale, sauf en certaines zones à droite ; anesthésie pour tous les modes : piqûres, contact, chaleur. Il n'y a pas de symptômes oculo-pupillaire, mais il existe un rétrécissement concentrique du champ visuel très prononcé.

L'examen des différents organes : cœur, poumons, tube digestif, ne révèle absolument rien.

L'hystérie eût pu être affirmée sans arrière-pensée à ce moment, si différents symptômes n'étaient venu troubler ce tableau.

En effet, dans les semaines qui suivirent son entrée ce fut une véritable éclosion de manifestations morbides, graves en apparence et difficilement explicables.

Ce fut d'abord une *température* à marche irrégulière, mais néanmoins élevée et retombant rarement à la normale.

Puis des accidents d'*anurie* avec rétention nécessitant le cathétérisme quotidien; avec cela de l'*albumine* fréquemment dans les urines, des *vomissements* abondants et incoercibles; en outre, depuis les premiers jours de l'entrée, des accès de *tétanie* intenses, répétés plusieurs fois par jour et se généralisant au tronc, donnant de l'*opistotonos*.

Tout cela est dominé par la température, par des troubles dyspnéiques, nous empêchait d'affirmer hardiment l'hystérie.

Cependant lorsque, au bout d'un mois, nous vîmes que tout cela n'altérait pas l'aspect général et le facies de la malade, quand nous vîmes la persistance des stigmates, l'apparition d'un état mental bien spécial, quand nous nous aperçûmes de la modification que la suggestion apportait à quelques symptômes; lorsqu'enfin des examens minutieux et répétés ne purent décélérer absolument aucune lésion organique, nous n'hésitâmes plus à tout mettre sur le compte de l'hystérie et à rejeter toutes les autres hypothèses que ces symptômes, bizarrement associés, avaient pu nous faire soulever : méningite, granulie, néphrite, etc. L'évolution ultérieure, du reste, ne fit que confirmer le diagnostic. Et si, pendant les onze mois d'obser-

vation, nous avons vu des symptômes nouveaux non moins curieux (hématuries, grandes crises sudorales), s'ajouter aux anciens, toutes ces manifestations se sont chargées par elle-mêmes de faire la preuve de leur nature hystérique.

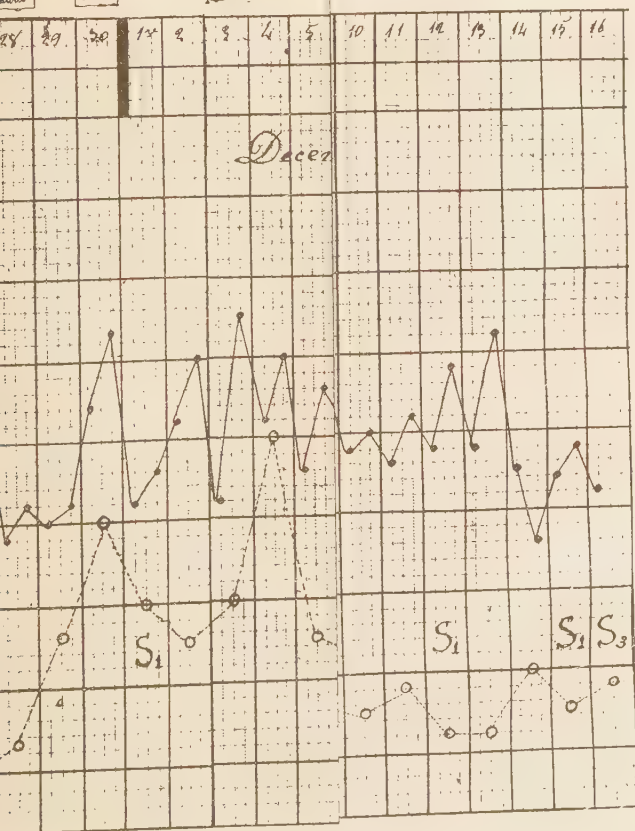
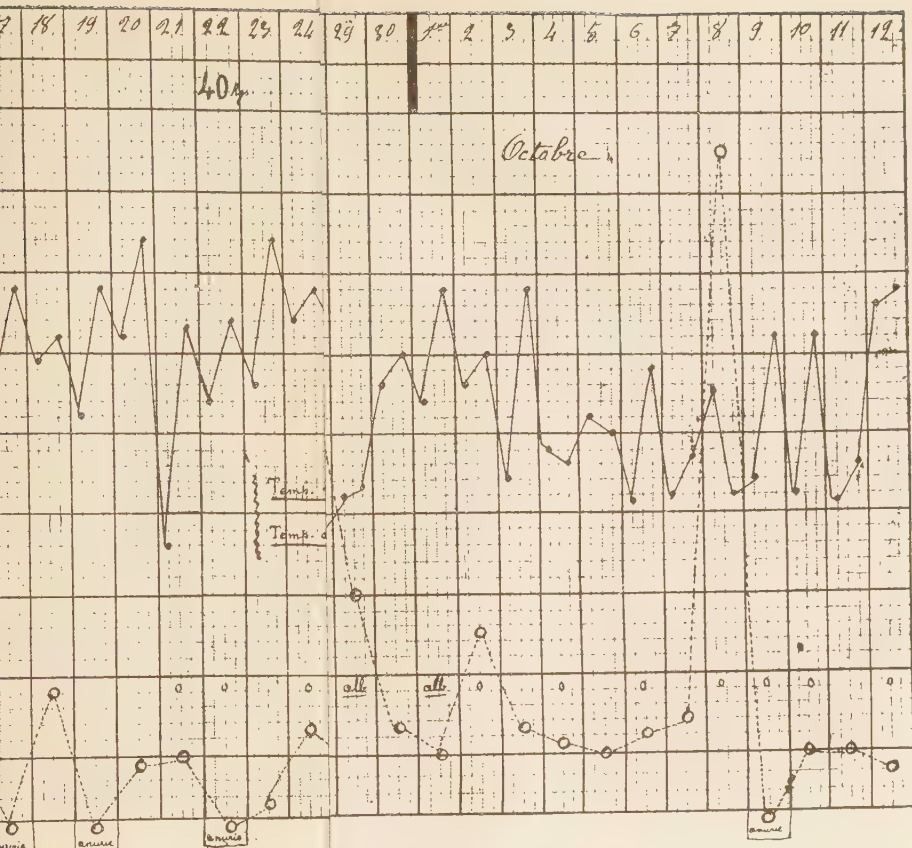
Nous allons maintenant étudier successivement chacun de ces symptômes que nous distinguerons pour la clarté de l'exposition : 1° en stigmates et 2° en grandes manifestations.

a) STIGMATES. — Les principaux stigmates présentés par la malade sont :

1° Des *anesthésies* du type nettement hystérique : hémi-anesthésie gauche totale, anesthésie droite sauf quelques placards (dos et fesse, flanc droit, région palmaire) ;

2° Le *rétrécissement du champ visuel* très marqué, concentrique et bilatéral ;

3° Un *état mental* bien en faveur de la grande névrose : d'abord une *suggestibilité* facile qui lui a permis de reproduire de visu des accidents post-diphtériques. Cette suggestibilité nous a permis de reproduire temporairement certains symptômes : la rétention d'urine, la crise de tétanie. Puis des *troubles psychiques* qui se sont manifestés à plusieurs reprises ; la malade fit diverses tentatives de suicide, mais très puériles ; un jour, elle absorba le contenu d'un flacon d'alcool camphré (200 gr.) ; elle sortit plusieurs fois en chemise sous la pluie, etc., enfin certains faits de *supercherie* comme celui de se piquer la vulve pour avoir des urines hématiques.



Légende

- = température réelle
- = courbe usinaire (quantité)
- = crise suborale (la coefficient usure le nombre de crises)
- = alluvions de la crise all... = crises 0 = pas d'alluvions
- = température usuelle

b) GRANDES MANIFESTATIONS. — De toutes les manifestations viscérales ou nerveuses présentées par la malade, nous ne retiendrons que les principales et allons les exposer avec les détails qui les rendent intéressantes.

Ce sont : de l'*asthénie*, des *vomissements incoercibles*, des *accès de grande tétanie*, des *troubles urinaires fort variés* : *polyurie* ou *anurie*, *albuminurie*, *hématuries*, des *crises sudorales*, en rapport intéressant avec l'anurie, enfin, de la *fièvre*.

1° L'*état d'asthénie*, présenté à l'entrée par la malade, persista pendant plusieurs mois, parallèlement aux autres symptômes, semblant surtout en rapport avec les accès tétaniques.

Vers le milieu de septembre, trois mois et demi après l'entrée, la malade, qui était toujours au lit, retrouva brusquement ses jambes, à la suite d'un épisode qui mérite d'être rapporté. Un de ses enfants qui avait eu la rougeole eut consécutivement une broncho-pneumonie grave, de nature tuberculeuse; traité à la crèche de Chazeaux, parce qu'il présentait en même temps des suppurations cutanées et ganglionnaires, il y succomba vers cette époque. Sa mère apprenant qu'il était gravement malade, se mit à faire quotidiennement et sans fatigue le trajet de Saint-Pothin aux Chazeaux. Quelques jours après elle put descendre à Lyon et remonter à l'hôpital sans fatigue. Depuis, malgré la persistance des autres symptômes, elle marche et fait le service de la cuisine et de la pharmacie avec les autres malades.

A ce moment même, on crut un instant à la guéri-

son complète de la malade ; sous l'influence de cette émotion, les vomissements avaient cessé ; l'état mental avait perdu sa puérilité, la température était tombée à la normale ; il n'y avait plus d'albumine ; une grande crise polyurique avait souligné cette modification de l'état général. Mais ce ne fut qu'une accalmie de courte durée et tout reparut. Cependant la malade, de ce jour, continua à se lever et à marcher.

2° Les accès de *tétanie* occupèrent surtout les premiers mois. Ils étaient très typiques au niveau des extrémités, s'accompagnaient de froideur et de couleur violacée des mains. Parfois ils se généralisaient ; la malade avait du trismus, de la raideur de la nuque, l'accès durait de quinze minutes à une heure et plus. Le point remarquable, c'est que ces accès cédèrent parfaitement à la suggestion : celle-ci avait échoué une première fois ; mais à la seconde tentative, l'extension forcée des doigts avec suggestion verbale, résolut complètement la crise. Depuis, la malade n'en eût qu'à de rares intervalles.

Ils étaient l'équivalent des accidents pseudo-méningitiques observés au début.

3° Les *vomissements incoercibles* avaient bien le caractère des vomissements hystériques ; ils se produisaient sans effort, presque de suite après l'ingestion des aliments ou des liquides.

Ils ont été un des symptômes les plus permanents ; ils n'ont jamais eu que le caractère alimentaire.

Eux aussi, offraient une prise à la suggestion. C'est ainsi qu'après avoir fait ingérer du lait à la

malade, on a pu obtenir qu'elle le gardât tant qu'on lui causait et qu'on la persuadait.

Une autre fois, endormie de suite après l'ingestion d'un verre de lait, elle n'a fait aucun effort pour vomir tant qu'a duré l'hypnose artificielle, soit une bonne demi-heure. Mais au réveil, les régurgitations ont apparu, violentes, et la malade, sitôt qu'on fut parti, a vomi.

Pendant plusieurs jours, les vomissements ont disparu ; c'est au moment où la malade eut une courte période de guérison, au moment de la mort de son enfant.

Dans les périodes d'anurie, ils semblaient plus abondants.

4° Les *accidents urinaires* ont été les plus curieux de tous ceux présentés par la malade.

Le tracé ci-joint montre au point de vue quantité la courbe urinaire de notre malade. Au début, elle n'urinait pas un litre par jour.

Avec son *anurie*, elle avait en outre de la *réten-tion* ; on était obligé de la sonder tous les jours. On vint à bout aisément de cette réten-tion : un jour que la malade n'avait pas été sondée, la personne qui la sondait habituellement étant absente, une autre personne ne put passer la sonde en verre et annonça qu'elle allait chercher une grande sonde d'homme, en caoutchouc ; au retour, cinq minutes après, la malade avait uriné spontanément. De ce jour, le cathétérisme ne fut plus nécessaire.

Au milieu de cette oligurie, la courbe urinaire

nous montrèrent plusieurs *crises polyuriques* dont la plus forte (le 8 octobre) atteignit 3 litres 1/2.

La première crise polyurique fut produite par une injection de sérum artificiel ; la quantité des urines fut brusquement portée de 200 à 2.200 pour retomber le lendemain à 500.

Plusieurs fois, comme le tracé le montre, la malade resta 24 heures sans uriner.

L'*albuminurie* fut relevée plusieurs fois d'une façon fort capricieuse. On avait la double réaction de l'acide azotique et la chaleur. L'épaisseur du disque produit par l'acide azotique était très variable suivant les jours.

L'adjonction préalable d'acide acétique n'empêchait pas la réaction de se produire.

Mais, une étude attentive de cette albuminurie a permis d'établir que toujours il s'est agi d'une albumine possédant le caractère de la *nitro-solubilité* ; le précipité se dissolvait dans un excès d'acide azotique, le seul fait de rincer le tube avec une eau acidulée par l'acide azotique (procédé du Prof. Teissier), empêchait la réaction à la chaleur. Bref, il s'agit d'une albumine nitro-soluble, rentrant dans la classe des albumoses.

Fréquemment, depuis le mois d'octobre, les urines ont eu un *aspect hématique*. La réaction de la teinture de gaïac a été très souvent positive et l'examen du dépôt a souvent montré des globules rouges, bien qu'à d'autres analyses, la coloration ait semblé due à des urates en excès.

Il était intéressant de savoir d'où pouvait provenir ce sang. A plusieurs reprises, la malade fut sondée de

suite après une miction sanguinolente ; toujours la sonde a ramené des urines claires et limpides.

Un jour (20 novembre) que les urines contiennent du sang (réaction de la teinture de gaïac), on est frappé de trouver sur la chemise de la malade une tache de sang rouge et frais ; on la sonde : les urines sont claires. De suite après, on surprend la malade inopinément près de son lit relevant ses jupes et piquant ensuite une épingle sur son lit.

A plusieurs reprises, la malade a été soumise à l'*examen chirurgical du D^r Rochet*.

5 novembre. Le rein droit est plus volumineux que le gauche, pas de polype du méat.

23 février. Nouvel examen sous anesthésie. Le rein droit paraît toujours plus gros que le gauche.

On a fait ce même jour la séparation des urines ; mais au préalable la malade a uriné spontanément des urines, claires, limpides, sans albumine. Les urines recueillies par la séparation sont claires aussi et très peu colorées ; elles ont coulé de façon égale dans chacun des tubes au début ; puis à un moment donné elles furent plus abondantes à droite ; enfin, plus tard, il y eu arrêt total, absolu de tout écoulement ; cette « anurie » dura plus de 10 minutes.

Les urines recueillies contenaient de l'albumine : dans chacun des deux tubes un disque assez épais, aspect d'un jeton très opaque.

7 mars, nouvel examen du docteur Rochet, qui constate que cette fois le sang vient nettement du vagin ; le col utérin est légèrement déchiqueté.

L'examen de l'urètre à l'urétroscope n'a montré aucune lésion.

Il n'est pas douteux qu'en dehors des cas nombreux où le sang a été trouvé réellement dans les urines, la malade n'ait employé d'autres fois des moyens artificiels pour teinter ses urines. Un jour (20 novembre) en comparant la teinte anormale de ses urines, on trouve qu'elle ressemble absolument à une dilution de café. Un jour (4 mars 1903) les urines sont rouges ; la réaction à la teinture de gaïac est négative ; mais le papier sur lequel on filtre les urines prend une coloration rose.

L'examen du dépôt urinaire a montré souvent des globules rouges, des cellules vaginales en grand nombre, des cristaux, mais *jamais de cylindres*. Un jour que les urines étaient très troubles et sédimenteuses, on y trouva toutes sortes d'éléments cellulaires et en particulier des débris nombreux de fibres musculaires striés, preuve que la malade avait dû mélanger ses urines à ses vomissements.

Le *taux de l'urée*, ainsi que l'établissent plusieurs analyses pharmaceutiques, a montré de grandes irrégularités : tantôt 11 gr. par litre, d'autres fois 28 gr.

Voici, au hasard, une de ces analyses (19 novembre 1902) :

Quantité	1 litre.
Aspect	trouble.
Couleur	rouge.
Dépôt.	abondant, léger, floconneux.
Réaction	acide.
Densité.	1,009

Phosphate (en P^2O^5)	0,70
Urée	12,80
Sucre.	néant.
Albumine.	1 gr. 35
Présence du sang.	

5° *Crises sudorales*. Cet accident n'est pas apparu dans les premiers jours ; il n'a commencé à être signalé que dans le mois d'août pour se produire quelquefois encore en septembre. Ces crises sudorales ont reparu dans le courant de novembre et sont actuellement un des accidents prédominants. Elles sont reproduites sur le graphique par le signe S avec un coefficient indiquant leur nombre dans la journée.

Ces crises sudorales sont d'une intensité extraordinaire actuellement. Elles se produisent en quelques minutes, quelquefois instantanément comme une véritable décharge ; la malade se trouve inondée dans son lit, comme si on lui avait jeté un arrosoir d'eau ; si elle est debout, elle mouille le plancher comme si elle avait uriné sous elle.

En exprimant sa chemise ou en plaçant de nombreux récipients sur divers points du corps, on peut arriver à recueillir plus d'un demi-litre de sueur.

Les premières analyses chimiques faites de cette sueur ont montré qu'elle était très riche en urée, bien au-dessus du taux normal de la sueur.

Nous sommes arrivés à nous rendre compte que la malade faisait de véritables mictions par la peau. En effet :

1° Si l'on examine attentivement le graphique on est frappé de ce fait que les grandes crises sudorales

coïncident avec les jours d'anurie relative, suppléant à la miction incomplète.

2° Les analyses comparatives de la sueur et de l'urine ont montré un véritable parallélisme chimique entre les deux liquides. — Voici une de ces analyses, faites par M. Boulud, pharmacien en chef de l'Antiquaille :

	Urines.	Sueur.
Volume	230	175
Densité	1013	1007
Extrait sec.	20,60	7,30
Cendres	6,40	3,60
Acidité (en SO^4H^2).	3,13	0,98
Urée (par litre).	6,08	9,36
Azote total	4,90	1,96
NaCl.	2,63	2,04
P^2O^5	1,41	0,25
Albumine	beaucoup.	traces.

Plusieurs autres analyses ont donné des chiffres très comparables, surtout en ce qui concerne la quantité d'urée. Dans l'une d'elles le chiffre de l'azote total était beaucoup plus considérable que celui qui correspondait à l'urée, indiquant ainsi une élimination cutanée très marquée d'autres déchets azotés. On remarquera que les analyses de sueur normale indiquent seulement des traces d'urée. Hugounenq donne une analyse de Favre avec 0 gr. d'urée par litre. A l'état pathologique, chez un tuberculeux, Harnack a trouvé 1 gr. 2.

6° *La fièvre.* (V. courbe thermique.)

Deux choses frappent au premier abord, quand on

jette les yeux sur le tracé thermique de la malade :

C'est d'abord la continuité de cette fièvre qui ne s'est pas démentie plus de 48 heures pendant sept mois.

En second lieu, c'est son irrégularité absolue ; elle ne répond à aucun type classique ; tantôt ce sont des périodes de grandes oscillations ; tantôt des clochers qui retombent le lendemain. Elle oscillait habituellement entre 38° et 39°,5, atteignant ou dépassant parfois 40° ; deux ou trois fois, il y eu de véritables hyperthermies, la température est montée à 41°,6.

Cette fièvre, à marche capricieuse, semble avoir été, dans son évolution, absolument indépendante des autres manifestations. Cependant, lors de la petite guérison temporaire du mois de septembre, la fièvre elle aussi était tombée pendant deux jours, mais a repris bientôt ses ascensions folles.

Il s'agit d'un phénomène thermométrique non douteux. Le *contrôle*, en effet, a été fait avec soin et nous n'avons pas trouvé de supercherie. A plusieurs reprises, à des heures très diverses de la journée, nous avons maintenu nous même le thermomètre dans le rectum.

Pendant sept jours (du 26 août au 1^{er} septembre), nous avons pris en même temps la température rectale et la température axillaire ; cette dernière a montré un parallélisme rigoureux avec la température rectale, inférieure à elle de 4 à 5 dixièmes de degré. (V. tracé). Le même contrôle a été pratiqué à diverses reprises.

Cette fièvre ne semblait pas s'accompagner de phénomènes subjectifs ressentis par la malade ; elle n'a jamais accusé la sensation de chaleur, de sécheresse

des muqueuses ; la langue restait humide ; la peau était tantôt froide et violacée, tantôt moite.

C'était en somme une fièvre purement thermométrique. Son évolution correspond à ce que Briquet a désigné sous le nom de fièvre lente et dont Debove a rapporté un bel exemple en 1886 à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Le *pouls* n'a pas été examiné d'une façon bien suivie. Habituellement, il ne s'est jamais montré bien accéléré, sauf cependant pendant les grands accès tétaniques où on l'a compté une fois à 128.

Brusquement, le 16 janvier, la malade a refusé absolument de laisser prendre sa température et la courbe s'est arrêtée là.

Cependant, prise ces temps derniers pendant huit jours, elle a encore montré la même irrégularité et a atteint 39°,6.

7° Enfin, pour terminer ce long exposé symptomatique, nous voulons mettre en relief un fait capital qui domine l'évolution de toutes ces manifestations, c'est la *conservation de l'état général*, en opposition avec 11 mois et de fièvre de vomissements incoercibles. Bien plus, le *poids* de la malade a subi du 22 août au 27 septembre une *augmentation progressive* qui l'a porté de 40 à 50 kilogs. Actuellement encore elle pèse 47 kgs.

TRAITEMENT

Sauf dans un cas de Debove où l'administration de 5 gr. d'antipyrine fit tomber brusquement la température, en général, les antithermiques sont impuissants à faire cesser ou même à modérer l'hyperthermie.

Barié avoue que l'emploi des médications les plus variées fut impuissant.

Par contre, la suggestion qui joue un grand rôle chez les hystériques, a paru souvent amener la cessation de l'hyperthermie et des phénomènes concomitants.

Jacobi affirma à sa malade qui faisait de la pseudo-dothiénentérie, qu'elle pouvait se lever sans danger et que quelques séances d'électrisation de l'abdomen, sur le siège de la douleur la dissiperaient rapidement. Les séances furent faites avec le pôle positif sur la région ovarienne et le négatif sur la région lombaire, la douleur était disparue au bout de dix jours.

Estèves employa tour à tour la quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude, il n'obtint aucun succès et au bout de quinze jours, voyant l'inutilité des moyens employés recourut à la suggestion. Le thermocautère

chauffé au rouge blanc et promené à une certaine distance, guérit la malade en deux ou trois séances.

Nous citerons encore un cas d'Hanot et Boix, traité à l'aide de purgatifs, de benzo-naphtol et de sulfate de quinine, médicaments qui n'influèrent jamais sur la courbe thermique.

CONCLUSIONS

1° La fièvre hystérique n'est pas, au sens propre du mot, une fièvre, car elle n'a de la fièvre que l'hyperthermie, c'est une hyperthémie apyrétique.

2° L'hyperthermie hystérique peut être essentielle, ou affecter des allures très variables et simuler plusieurs affections graves. Dans ces cas on peut ne trouver aucune lésion anatomique qui les explique. ou ne déceler que des lésions minimales qui resteraient sans réaction sérieuse sur un système nerveux normal.

3° L'hyperthermie essentielle est elle-même très irrégulière dans ses allures, pouvant être rémittente, intermittente, courte, lente ou périodique.

4° L'hyperthermie hystérique est probablement due à une inhibition des centres thermotaxiques de la corticalité, d'où rupture de l'équilibre normal.

5° L'hyperthermie par elle-même n'est pas un danger, quand elle ne s'accompagne pas des autres manifestations de la fièvre et d'aucune lésion viscérale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TEISSIER.

Vu :
POUR LE DOYEN,
L'Assesseur,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SANDRAS. — Traité des nerfs et de leurs maladies, 1782.
- POMME. — Traité des maladies vaporeuses, 1803.
- GRISOLLES. — Traité de pathologie interne, 1846.
- BRIQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1859.
- GAGEY. — Thèse de Paris, « Accidents fébriles chez les hystériques. », 1869.
- VERETTE. — Thèse de Paris, « De l'hystérie aigüe consécutive à l'arrêt de la menstruation. », 1875.
- BRIANT. — Thèse de Paris, 1877.
- PINARD. — Thèse de Paris, « De la pseudo-fièvre des hystériques. », 1883.
- FABRE. — « L'hystérie viscérale. », 1883.
- HANOT ET BOIX. — Société médicale des hôpitaux, 1883.
- DEBOVE. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1885-86.
- BARIÉ. — Société médicale des hôpitaux, 1886.
- DELEUIL. — Thèse de Montpellier, 1887.
- CLEMOW. — « Hyperpyrexie hystérique chez une blanchisseuse de 23 ans », 1887.
- MACÉ. — Thèse de Paris, « Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques. », 1888.

- CHAUVEAU. — Thèse de Paris, « Formes cliniques de la fièvre hystérique. », 1888.
- BRESSLER. — The New-York médical, 1888.
- BERTOYE. — Thèse de Lyon, « Etude clinique sur la fièvre du goitre exophtalmique. ».
- LORENTZEN. — Centralbl. Clin. Med., 1889.
- JACOBI. — Journal of. ner. and. mental diseases.
- MIERZEJEWSKI-VIZIOLI. — In Gilles de la Tourette, 1890.
- BOULAY. — Gazette des hôpitaux, 1890.
- TUJA. — Province médicale, 1892.
- AUFFLECK. — Edimburg. med. Journ., 1892.
- ESTÈVES. — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1892.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité chimique et thérapeutique de l'hystérie, 1893.
- JACQUEAU. — Lyon Médical, 1896,
- BRISSAUD. — Société médicale des hôpitaux, 1897.
- LÉONI. — H. Morgagni, 1897.
- RENDU. — Société médicale des hôpitaux, 1897.
- TALAMON. — Appendicite et péritonisme hystériques, 1897.
- SOLLIER. — Genèse et nature de l'hystérie, 1897.
- CUZIN. — Lyon Médical, 1899.
- SOULIER. — Lyon médical, 1900.
- MORAT. — Lyon Médical, 1900. « L'hyperthermie. »
- RENDU. — Lyon Médical, 1900.
- MUTTERER. — Archives de neurologie, 1902.
- TILLMANN. — Münschen Médisch Wochenschrift, 1903.
- UGHETTI. — Reforma medica, 1903.
- LARRÉ. — Thèse de Paris, 1903.
- LANNOIS ET POROT. — Lyon Médical, 1903.
- BARJON. — Lyon Médical, 1903.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Introduction	7
Historique	9
Considérations générales	13
Etiologie	15
Pathogénie	16
Symptomatologie	25
Traitement	91
Conclusions	93
Index bibliographique	95
